



COLEGIO PARTENÓN S. C.

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIFERENCIAS EN EL PERFIL PSICOLÓGICO
REGISTRADO CON EL INVENTARIO MULTIFÁSICO
DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA (MMPI-2),
EN SUJETOS CON ADICCIÓN AL ALCOHOL, AL
TABACO Y ABSTEMIOS.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

PRESENTA:

JENNIFER OSIO ECHÁNOVE

DIRECTORA DE TESIS: LIC. CONCEPCIÓN CRUZ JIMÉNEZ

México, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A G R A D E C I M I E N T O S

Agradecimientos especiales

A Eva: Gracias por tu gran apoyo, por tus palabras e impulso, sin tu ayuda esto no lo hubiera logrado, le agradezco a Dios por haberte mandado a mi vida para ser mi ángel de la guarda.

Al Profesor Vilchis: Gracias por su apoyo, por comprensión y por ayudarme a cumplir este sueño. Mil disculpas por todo lo sucedido.

Al Dr. Villalba Caloca: Gracias por permitirme avanzar profesionalmente, por su inteligencia y sabiduría. Es usted una gran persona digna de admiración y respeto, una eminencia, le dedico con todo cariño este trabajo.

Al Dr. Justino Regalado: Gracias por sus consejos (por hablarme como mi papá), su motivación, por su apoyo, por su asesoría y sabias recomendaciones. Lo estimo y admiro. Le agradezco infinitamente su impulso para la culminación de este proyecto.

A la Dra. Rosalía Rodríguez: Gracias por enseñarme a recuperar mi camino, por hacerme entender que yo sola me ponía trabas, por tu excelente ayuda profesional, te agradezco infinitamente porque sin tu ayuda esto no sería posible.

Agradecimientos y dedicatorias

A Dios: Gracias por enseñarme todos los días a ser una mejor persona, porque nunca me permitiste perder la fe y por tu amor tan infinito. También a un angelito que me ilumina, siempre te amare y te dedico este trabajo.

A mi papá: Gracias porque siempre has estado conmigo, por enseñarme a ser lo que tú eres, por tu formación, por la educación que me brindaste, tu cultura, tu inteligencia, tu sabiduría, por tu inmenso cariño, por tu presencia, por todos los momentos hermosos que hemos vivido juntos "Mi pato roncado". Siempre serás una de las personas más importantes en mi vida. No olvides nunca, que gracias a ti he cumplido todos mis sueños, este es uno de ellos, recuerda que te amo con todo mi corazón.

A mi mamá: Gracias por ser la mejor mamá del mundo, por ser mi confidente, mi amiga, mi todo, por darme la vida, porque nunca me has permitido perder la fe ni rendirme ante las adversidades, por amarme tanto, por enseñarme a ser siempre una persona noble, por tu entrega, dedicación y constancia. Sabes sin ti no hubiera cumplido esta meta porque siempre me has impulsado, has estado conmigo en los peores y los mejores momentos de mi vida. El día que llego Camila a mi vida comprendí que eras lo más sagrado que tengo y no me alcanzan las palabras para describirte la gratitud y el amor que siento por ti.

A Camila Fernanda: Eres lo más hermoso que me ha dado la vida, mi motor, mi fuerza, espero que te sirva de ejemplo y cumplas todos tus sueños y seas una gran persona. Te dedico este trabajo con todo mi amor mi Zuzuky.

A Carlos: Gracias por darme lo más hermoso que tengo en la vida, por tu apoyo, impulso, tu tenacidad, me has enseñado a que se debe luchar por lo que uno desea. Espero que juntos logremos todas nuestras metas y sueños, ojitos bonitos no olvides que te amo y gracias a ti logre creer nuevamente en el amor. El siguiente objetivo en nuestra vida es que tenemos que ser felices juntos y luchar por nuestra Zuku.

A Karen: mi hermanita porque siempre has estado conmigo, por ser tan noble y buena, por darme tu cariño desinteresadamente, porque a pesar de nuestras diferencias eres una de las personas más importantes en mi vida. Espero demostrarte con este trabajo que debes de luchar por alcanzar tus metas, recuerda que ante las adversidades, solo los valientes las superan.

A mí tío Ramón: Por enseñarme con tu ejemplo a ser alguien en la vida, te admiro por tu valentía, dedicación y por tu empeño. Fuiste una motivación para culminar este trabajo, un ejemplo en la familia porque demostraste que a pesar de todo, lograste ser un gran profesional. Gracias por los momentos divertidos que he pasado a tu lado, no olvides que te quiero y te admiro.

A mí tío Héctor: Compañero gracias por quererme tanto, siempre has estado conmigo cuando mas te necesito, por apoyarme, por tus conversaciones, por todos los momentos felices que hemos vivido juntos. Recuerda que eres como un padre para mi, una persona a la cual admiro y respeto. Gracias por ayudarme a cumplir mis sueños.

A mí tía Margarita: Gracias porque siempre has estado conmigo, por consolarme, por apoyarme, por tus abrazos, tus bromas, por darle un sentido especial a mi vida, ya que cuando estoy triste o enojada logras con tus palabras y tu sonrisa que esos momentos pasen desapercibidos. Recuerda que te amo y siempre llevo en mi mente lo que me has enseñado: luchar para ser feliz.

A mi tía Martha: Gracias porque a pesar de la distancia siempre has estado pendiente, por tu preocupación, tus consejos, por tu experiencia, por quererme y por ser un ejemplo, recuerda que te amo.

A mi familia: Gracias por todo su apoyo. **Mi chipicuco,** te amo y espero que logres todo lo que te propongas, **a Raúl** por tus palabras en los momentos difíciles y por tu cariño. **A mí Tía Laura:** Gracias por enseñarme a ser valiente y no ser mediocre. A mis primos: **Carlos:** Gracias por ayudarme cuando más lo necesite y porque gracias a ti pude terminar mi carrera. **Héctor e Ivan** gracias porque siempre me han apoyado, son como mis hermanos, los adoro, por todos los momentos felices que hemos pasado juntos. **Kevin y Pamela,** mi chaparro y mi niña bonita espero ser un ejemplo y deseo que cumplan todos tus sueños. **Gibran** sigue así de inteligente y tenaz, a mi **Tía Araceli,** gracias

por tus consejos recuerda que te quiero mucho, a **Erika** a pesar de nuestras diferencias te quiero mucho. A la memoria de mi abuelitos **Rosa y Roberto**.

A mi madre y padre postizos: Gracias Edith porque siempre has estado conmigo en las buenas, en las malas y en las peores. Le agradezco a la vida haberte conocido, eres un gran ejemplo para mi, te admiro y quiero mucho, sin tu apoyo, regaños y consejos no lo hubiera logrado, por eso madre mía de mi corazón mil gracias. Poncho eres una persona lindísima te quiero mucho.

A la Licenciada Martha E. Martínez: Gracias Lic. por ayudarme a terminar mi carrera, fue una de las personas que más me motivo a realizar este sueño, por ser mi amiga, siempre estaré eternamente agradecida, gracias por todo su apoyo, por su cariño, dedicación, por sus consejos, no olvide que la quiero y admiro muchísimo.

Al personal de la Clínica de tabaquismo por todo su apoyo para la realización de este proyecto. **Yolita** gracias por tu gran apoyo, tus palabras son un aliciente para mi y gracias por tus consejos, te quiero mucho, te admiro por lo trabajadora y luchona que eres. **Abi** eres una gran amiga, gracias por ayudarme a calificar y a terminar recuerda que te quiero mucho. **Gaby** gracias por escucharme, ayudarme, asesorarme, por ser mi amiga y por prestarme tu Minnesota. **Marlene** gracias por apoyarme en mi peor crisis y encaminarme, por tu apoyo profesional, por escucharme, impulsarme, motivarme y por tu amistad. **Gustavito**, gracias por ser mi amiguito, por tu cariño y porque siempre estas ahí cuando te necesito, te quiero mucho. A **Erika** aunque ya no estas en la clínica amiga te agradezco toda tu enseñanza, tu amistad, tus palabras, tu cariño que me has brindado estos años.

A mis amigos: **Ara** eres mi otra parte, gracias porque siempre has estado conmigo, porque siempre estemos juntas en todo momento, te admiro por tu gran valentía y pasión ante la vida, no olvides estúpida que eres súper importante. **A ti Ricardito** por ser mi mejor amigo, porque nunca me has dejado sola, porque siempre me has motivado a salir adelante, no olvides que te adoro corazón. **Vicikito** gracias porque siempre has estado cuando más te necesito, porque siempre has estado al pendiente, por tus consejos, por tu cariño, por ser mi amigo y ayudarme a cumplir mis sueños. A Cesar por tus palabras, consejos y apoyo por estar conmigo siempre. A **Zaira, Alma, Chayo, Wendy, Cristhian mi kiniki, Abraham, Adrian, Caba, Cone, y Bernardo** cada uno de ustedes ocupa un lugar en mi corazón, gracias por su amistad y por todos los momentos padres que hemos vivido juntos. A Mari gracias porque siempre has estado al pendiente de mi, por tus consejos y tu cariño. A todos los pacientes, al INER y al Grupo Alanon del Pedregal que me ayudaron a realizar este proyecto.

INDICE

	PAG.
R E S U M E N	1
I N T R O D U C C I Ó N	2
I. MARCO TEÓRICO:	
1. LA PERSONALIDAD DEL ADULTO EN LAS ADICCIONES	
1.1 ANTECEDENTES DE LA PERSONALIDAD	3
1.2 DEFINICIÓN DE LA PERSONALIDAD	4
1.3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	6
1.4 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD RELACIONADOS CON LAS ADICCIONES	16
1.5 ETAPAS DE DESARROLLO	17
2 . A D I C C I O N E S	20
2.1 DEFINICIÓN DE ADICCIÓN A SUSTANCIAS	22
2.2 CLASIFICACIÓN DE DEPENDENCIA A UNA SUSTANCIA	23
2.3 CLASIFICACIÓN DE DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA	26
2.4 MODELOS PSICOLÓGICOS DE LAS ADICCIONES	27
2.5 ADICCIÓN AL ALCOHOL Y AL TABACO	37
3 . M É T O D O	
JUSTIFICACIÓN	55
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
HIPÓTESIS	56
VARIABLES	57
POBLACIÓN	60
MUESTREO	60
TIPO DE ESTUDIO	61
ESCENARIO	61
INSTRUMENTOS	61
PROCEDIMIENTO	63
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	65
4 . R E S U L T A D O S	66
5 . I N T E R P R E T A C I Ó N D E R E S U L A D O S	91

6 . C O N C L U S I O N E S	112
S U G E R E N C I A S , L I M I T A C I O N E S Y A P O R T A C I O N E S	118
A N E X O S	121
R E F E R E N C I A S	122

I N T R O D U C C I Ó N

Diversos estudios se han llevado a cabo para intentar explicar la personalidad, con el objeto de conocer las diferencias individuales.

En la estructura de la personalidad existen diversos trastornos los cuales influyen en el funcionamiento psicosocial de un individuo, estos surgen en la infancia o en la adolescencia y su perpetuación afecta al individuo en su conducta adulta. La personalidad y la conducta son dos aspectos complementarios ya que, se entiende por conducta a un conjunto de operaciones (fisiológicas, verbales, motoras, mentales) por los que el organismo en una situación reduce las tensiones que lo motivan y por lo tanto reduce sus probabilidades, la personalidad se forma a través de las conductas, y la conducta expresa a la personalidad entonces la personalidad es el resultado de la conducta (Lagache, 1955.)

Esta interacción puede provocar trastornos en la conducta como son las adicciones y en esta se reflejan diferentes rasgos de personalidad. A través de los años se han realizado numerosos estudios para entender cuales son las características de la personalidad que más influyen en las conductas.

En México la adicción al alcoholismo y al tabaquismo se han convertido en un problema de salud pública es por esto que la presente investigación evaluó los rasgos de personalidad dichas adicciones.

Para lo cual se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las diferencias de los rasgos de personalidad de adultos de ambos sexos adictos al alcohol, al tabaco y como dicho perfil es influido por el patrón de consumo, en contraste con los adultos de ambos sexos abstemios?

Los objetivos específicos fueron:

- Comprobar si existen diferencias de los rasgos de personalidad entre sexos, conforme a la edad, la escolaridad y el estado civil, en la adicción al tabaco, al alcohol, y abstemios.
- Conocer si existen diferencias entre los rasgos de personalidad a través del cuestionario de investigación del patrón de consumo de tabaco y de alcohol. De acuerdo a la edad de inicio del consumo de su adicción, al motivo de inicio, a la cantidad de consumo y a los años de su adicción en los grupos de mujeres y hombres alcohólicos y en las mujeres y hombres fumadores.

Evaluar si existe un perfil de personalidad en cada una de las adicciones, y en los sujetos no adictos.

R E S U M E N

El estudio de la personalidad es relevante por diversas causas: los motivos que llevan al individuo a opinar, a actuar, los conocimientos que adquiere, la probabilidad de predecir su conducta y como es que estos se interrelacionan e integran su personalidad.

En este trabajo investigaron, las diferencias de los rasgos de la personalidad de adultos de ambos sexos adictos al alcohol, al tabaco y como dichos rasgos son influidos de acuerdo a su patrón de consumo, en contraste con los sujetos abstemios para ellos se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 en 90 sujetos 45 hombres y 45 mujeres: 30 sujetos abstemios, 30 fumadores y 30 sujetos alcohólicos entre los 18 a los 65 años de edad con un nivel de escolaridad de secundaria, preparatoria y licenciatura y su estado civil solteros, casados, unión libre y divorciados.

El análisis de resultados fue a nivel cuantitativo y cualitativo; en forma general se encontró que existen diferencias en algunas escalas del inventario, en las escalas básicas, suplementarias y de contenido entre los grupos y en las variables de sexo, estado civil en los fumadores y alcohólicos divorciados, en el motivo de inicio y en los años de adicción.

CAPITULO I

PERSONALIDAD

1.1 Antecedentes de la personalidad

Desde la antigüedad se han llevado a cabo muchos esfuerzos para sistematizar las opiniones sobre la gente y su personalidad, las características específicas de aquellos rasgos distintivos de personalidad. Desde la época de la civilización griega se han intentado relacionar las diferencias individuales de personalidad (temperamento) con el funcionamiento del cuerpo, un punto de vista que no es muy distinto al actual de la percepción biológica de la personalidad. Históricamente los filósofos se han interesado por la esencia del ser humano y los motivos de la actividad humana. A finales del siglo diecinueve y principios del veinte se desarrollo la psicología como ciencia y de ahí parten los principales estudios de la personalidad hasta la actualidad.

El termino de la palabra “persona” fue adquiriendo con el paso del tiempo una gran importancia en la psicología, gracias a las aportaciones de Freud, Jung, Murray considerados como teóricos psicodinámicos; Erikson y Horney teóricos egosociales; Adler teórico individualista; Skinner, Bandura, Rotter, Ellis teóricos conductuales y del aprendizaje social Allport, Rogers, Maslow y Fromm teóricos humanísticos-existenciales. Cada uno de estos autores desarrollaron diferentes conceptos y principios de la personalidad para poder abordarla.

A partir de la existencia de varias corrientes que tratan de explicar la personalidad dentro del campo psicología surge el gran dilema de que en el estudio de la personalidad la diversidad de opinión en los teóricos es que ninguna personalidad es igual a otra. Cada personalidad individual debe ser considerada como el resultado final de una interacción entre un conjunto único de factores biológicos y del medio (Wittaker, 1984.)

Es de suma importancia mencionar que ninguna teoría de la personalidad se puede probar o rechazar totalmente, pero sus implicaciones y predicciones pueden ser útiles para explicar el comportamiento o estimular la investigación(Coon,1986.)

A través de los años se han hecho intentos por clasificar las definiciones y las diferentes aproximaciones en el estudio de la personalidad. Es probable que la primera haya sido realizada por Allport, en 1937 el cual sugirió siete categorías: biofísicas, biosociales, únicas, integrativas, del ajuste esencial diferencial, y de omnibus. Otras clasificaciones diferencian estructura y dinámica, rasgo y tipo, entre ser ideográficas o nomotéticas.

Las teorías ideográficas tratan de buscar regularidades intraindividuales, estudiando casos únicos, basan sus afirmaciones y suposiciones en el reporte de lo que es inmediatamente observable e interpretable en términos de la situación y la localización dentro del espacio vital más amplio del que percibe o se comporta, es decir, se atiende a la interpretación que le da el sujeto de lo

que suceda dentro de él, de acuerdo a como lo percibe, a su realidad subjetiva, subrayándose las características únicas y el estudio de la personalidad total. (Cuelí y cols. 2001.)

Desde el punto de vista nomotético se reconoce a la personalidad como un aspecto único, el cual puede ser explicado como el punto de intersección de un número de variables cuantitativas (Eysenk, 1961.) El estudio de la personalidad de este enfoque consiste en la búsqueda de dimensiones comunes de todos los hombres. Cabe señalar que el adherirse a esta teoría implica que se deberá ver a la personalidad en términos de rasgos definidos como cualquier característica de un individuo que puede ser observada y medida.

Por lo anterior los dos teorías son relevantes dentro del estudio de la personalidad, ya que las teorías ideográficas toman en cuenta lo que el individuo siente y percibe en una forma individual y las nomotéticas toma en cuenta las variables cuantitativas de todos los individuos.

Desde el punto de vista de la teoría de los rasgos de la personalidad es un campo de estudio extenso, dicho enfoque se basa en las diferencias individuales de cada individuo, las cualidades y disposiciones del individuo. Asimismo, la personalidad es la organización dinámica individual de aquellos sistemas psicológicos que determinan la adaptación al ambiente (Allport, 1974.)

Entonces la importancia del estudio de la personalidad puede explicarse por varias razones las cuales son las siguientes:

1. Con el estudio de la personalidad se entiende en forma aproximada los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, etc. de determinada manera.

2. Se integra en un solo concepto los conocimientos que se pueden adquirir por separado de aquellas facetas abstraídas de una totalidad (persona) como son la percepción, la motivación, de aprendizaje y otros.

3. Se aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta del individuo.

4. Permite conocer como se correlacionan los diferentes factores que integran la personalidad (Anastasi, 1967.)

El estudio de la personalidad es importante ya que permite entender la forma de actuar, opinar, sentir de los individuos, es relevante mencionar que dicho estudio ha variado a través del tiempo y que dicho estudio es complejo porque todas las teorías de la personalidad aportan datos importantes desde diferentes perspectivas y cada una trata de explicar el comportamiento de los seres humanos ya que algunas teorías han surgido a partir de la necesidad por descubrir y medir la personalidad y otras han surgido también en los esfuerzos por entender los trastornos de la personalidad.

1.2 Definición de la personalidad

Hoy en día existe una gran gamma de definiciones de la palabra personalidad, varios autores definen a esta como "Personalidad es aquello que permite predecir lo que una persona hará en determinada manera o situación" (Cattell, 1965.) Para este autor la unidad básica del estudio de la personalidad esta relacionada con la predicción (cita Bischoff,1975.) Guilford en 1959 define a la personalidad como " El patrón único de rasgos de un individuo". Eysenck (1945) define a la personalidad como "La suma de patrones conductuales y potenciales del organismo determinados por la herencia y el medio social". (Cueli y Reidl, 1975.)

En el presente estudio la teoría de personalidad de mayor relevancia es la "teoría de los rasgos" de Allport dicho autor menciona que existen definiciones del concepto de "rasgos" pero la mayoría coincide que un rasgo es una característica de personalidad, estable y duradera que influye en la conducta humana en diferentes circunstancias. Aunque Allport en 1974 define a la palabra "rasgo" como una fuerza real, una motivación o una disposición dentro del individuo que inicia y guía en forma particular su conducta. Un rasgo común es compartido por los individuos, un rasgo particular es propio del individuo, existen también rasgos centrales son más típicos y característicos del individuo y son constantes en la personalidad. En cambio los rasgos secundarios se explican en algunas situaciones y bajo ciertas condiciones que una persona puede comportarse en forma individual.

En el año de 1965 Cattell comenzó a medir los rasgos más importantes de personalidad a los que denomino "rasgos fuente" ya que estos son estables y están determinados por factores genéticos y definen muchas conductas de tipo superficial. El rasgo es una "estructura central" que se infiere a partir de una conducta observada y esta destinada a explicar la regularidad y las coherencias de ésta. Dicho autor menciona que existen rasgos comunes presentes en los individuos que comparten ciertas experiencias sociales.

Guilford en 1949 define a la personalidad como un aspecto definitivo y duradero del individuo que difiere de los autores mencionados anteriormente. Los rasgos pueden ser de diferentes modalidades: somáticos o sea fisiológicos y morfológicos, actitudinales, temperamentales y motivacionales (intereses, aptitudes y necesidades) y la característica esencial en cada uno es que se pueden medir o escalar todos son consistentes en su posición relativa entre unos y otros, son durables, flexibles, son universales, su generalidad puede ser mayor o menor en una persona, se organizan en patrones, algunos se relacionan y otros son independientes.

Para Eysenk los rasgos deben definirse en forma operacional e identifica dos tipos de dimensiones de personalidad, las cuales son: introversión-extroversión y estable e inestable.

1.3. Trastornos de la personalidad

La personalidad no es una entidad estática constantemente esta sometida a transformaciones, a veces estas transformaciones son graves porque afectan al individuo en su conducta y pueden surgir por sucesos importantes en la vida del individuo, por factores biológicos, de aprendizaje o socioculturales. Por lo anterior la personalidad de los individuos puede estar sujeta a convertirse en una patología que son los trastornos de la personalidad y estos se caracterizan por patrones de percepción, reacción y relación que son relativamente fijos, inflexibles y socialmente desadaptados, incluyendo una variedad de situaciones. Los patrones de personalidad normal pueden ser diferenciados de los anormales por su inflexibilidad adaptativa su tendencia a fomentar círculos viciosos y su estabilidad lábil, lo cual inhibe un afrontamiento efectivo es esencialmente autofrustrante y puede ser considerado desde una perspectiva más amplia como perturbadora de la salud (Millon, 1994.) Por lo anterior el estudio de los trastornos de la personalidad en el campo de la psicología es relevante ya que dichos trastornos afectan la salud mental del individuo y esta se ve reflejada en su ambiente familiar, social y laboral.

La Asociación Psiquiátrica Americana define a los rasgos de personalidad como patrones estables de pensar, sentir y actuar que no están centrados en un solo aspecto de la personalidad. Cuando estos rasgos son inflexibles y desadaptados y causan un trastorno social u ocupacional o, un gran estrés subjetivo, se convierten en un trastorno de la personalidad. Los sistemas de clasificación diagnóstica actuales como el CIE-10 y DSM-IV definen de manera bastante similar los trastornos de la personalidad. Un trastorno de la personalidad se define, cómo un patrón permanente o inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, y es estable a lo largo del tiempo (APA, 2002.)

Los trastornos de la personalidad se definen como extensiones patológicas de los patrones de la personalidad normales, emergen como resultado de interacciones complejas de disposiciones biológicas, de aprendizaje desadaptativo y especialmente en cambios ambientales estresantes (Szerman, 2003.) Cada uno tiene patrones característicos de percepción y de relación con otras personas y situaciones (rasgos personales). Dicho de otro modo, toda la gente tiende a enfrentarse a las situaciones estresantes con un estilo individual pero repetitivo. Los individuos que padecen dichos trastornos no se adaptan a la realidad y esto debilita su capacidad operacional ya que su pensamiento y comportamiento se vuelve inapropiado y a menudo creen que este comportamiento es apropiado. El origen de estos trastornos se da en la infancia o en la adolescencia o, como máximo, al principio de la edad adulta; persisten a lo largo del tiempo y los distintos ámbitos personales y sociales van siendo invadidos por patrones anormales de conducta, y generan un importante malestar al individuo y/o problemas de rendimiento laboral o social.

Es importante mencionar que dado que el objetivo de este estudio es evaluar a través del MMPI-2 los rasgos de personalidad de los alcohólicos, de los fumadores y de los abstemios. Ya que es una prueba que permite identificar

características de sujetos desajustados como de los sujetos normales y que selecciona a los individuos que seleccionan sus propios síntomas aunque no haya plena conciencia de su conducta. Cabe destacar que permite identificar ciertos rasgos psicopatológicos en los individuos. Por lo tanto es importante mencionar los trastornos de la personalidad que se relacionan con esta investigación ya que las personas que tienen estos trastornos tienen alto riesgo de tener conductas adictivas, autodestructivas, relaciones sexuales de riesgo, hipocondría y conflictos con los valores sociales.

Existen diferentes trastornos de personalidad los cuales se dividen en trastornos de personalidad leve, moderados o graves y las neurosis a continuación se describirán cada uno:

TRASTORNOS LEVES DE LA PERSONALIDAD

Trastorno de personalidad narcisista

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Definen al trastorno narcisista como, personas que tienen un sentido de superioridad y una creencia exagerada en su propio valor o importancia, lo que los psiquiatras llaman "grandiosidad". La persona con este tipo de personalidad puede ser extremadamente sensible al fracaso, a la derrota o a la crítica y, cuando se le enfrenta a un fracaso para comprobar la alta opinión de sí mismos, pueden ponerse fácilmente rabiosos o gravemente deprimidos. Como creen que son superiores en las relaciones con los otros, esperan ser admirados y, con frecuencia, sospechan que otros los envidian. Sienten que merecen que sus necesidades sean satisfechas sin demora y por ello explotan a otros, cuyas necesidades o creencias son consideradas menos importantes. Su comportamiento es a menudo ofensivo para otros, por lo cual los catalogan de egocentristas, arrogantes o mezquinos.

Conductualmente son soberbios y tienden a despreciar los derechos de los demás. En sus relaciones interpersonales son explotadores hasta exagerados porque creen que las demás personas están para servirles. Cognitivamente son expansivos, pueden ser indisciplinados, exageran la verdad y a mentir abiertamente para cumplir las ilusiones de sí mismos. Afectivamente son indiferentes y exuberantes, siempre muestran una apariencia de ser imperturbables excepto cuando la confianza en sí mismos empieza a quebrarse. son individuos seguros de sí mismos y se sienten superiores de una categoría especial. (Pelechano y Hernández, 1995.)

El mecanismo de defensa empleado en este trastorno es la racionalización para poder distorsionar la realidad, ya que presenta un procesos inconsciente donde el individuo crea un alivio, una excusa o una justificación para las frustraciones, fallos o actos socialmente inaceptables ocultando así su frustración (Mancilla, 2004.)

Trastorno de personalidad antisocial

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el (CIE-10) señalan que las personas con personalidad antisocial (en otro tiempo llamada psicopática o personalidad sociopática), que en su mayoría son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás. Explotan a otros para obtener beneficio material o gratificación personal (a diferencia de los narcisistas, que creen que son mejores que los otros). Característicamente, tales personas expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente. No toleran la frustración y, en ocasiones, son hostiles o violentas. A pesar de los problemas o el daño que causan a otros por su comportamiento antisocial, típicamente no sienten remordimientos o culpabilidad. Al contrario, racionalizan cínicamente su comportamiento o culpan a otros. Sus relaciones están llenas de deshonestidades y de engaños. La frustración y el castigo raramente les ocasionan la modificación de sus conductas (Braczcinsky, Steel y Mc Conaghy, 1987.)

Conductualmente estos individuos son valientes e insensibles ante los demás, son duros, impulsivos, orientados hacia el poder. En sus relaciones interpersonales se comportan de una forma opositora hacia beligerante, desprecian, intimidan y degradan a los demás y carecen de compasión social. Cognitivamente son individualistas hasta fanáticos, son egocéntricos y perciben al mundo en relación a sus necesidades. Afectivamente son hostiles, malévolos, con humor lábil. Estos se perciben así mismos desde competitivos hasta dominantes, con pensamiento propio activos e independientes y confiados en sí mismos. La forma de enfrentamiento más frecuente es el acting-out porque corresponde a la tendencia impulsiva, a mostrar pensamientos, emociones y acciones abiertamente ofensivas socialmente, donde el objetivo es desahogar mediante discusiones (Pelechano y Hernández 1995.)

Cabe mencionar que las personas con personalidad antisocial son frecuentemente proclives al alcoholismo, a la toxicomanía, a las desviaciones sexuales, a la promiscuidad y a ser encarceladas. Son propensas a fracasar en sus trabajos y a trasladarse de un sitio a otro. Frecuentemente tienen una historia familiar de comportamiento antisocial, abuso de sustancias, divorcio y abusos físicos. En su niñez, generalmente, fueron descuidados emocionalmente y con frecuencia sufrieron abusos físicos en sus años de formación. Tienen una esperanza de vida inferior a la media, pero entre los que sobreviven, esta situación tiende a disminuir o a estabilizarse con la edad (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999.)

Trastorno de personalidad dependiente

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 mencionan que las personas con una personalidad dependiente transfieren las decisiones importantes y las responsabilidades a otros y permiten que las necesidades de aquellos de quienes dependen se antepongan a las propias. No tienen confianza en sí mismas y manifiestan una intensa inseguridad. A menudo se quejan de que no pueden tomar decisiones y

de que no saben qué hacer o cómo hacerlo. Son reacias a expresar opiniones, aunque las tengan, porque temen ofender a la gente que necesitan. Algunos adultos con enfermedades prolongadas desarrollan personalidades dependientes.

Conductualmente son personas que muestran una marcada necesidad de aprobación, apoyo y afecto social. siempre necesitan de los demás para encontrar un refuerzo. Se caracterizan por alterar su estilo de vida para establecer o mantener una armonía interpersonal. Son personas muy sensibles ante la desaprobación donde las críticas pueden tomarlas como algo devastador. Siempre tienden a desvalorizarse y su autoestima se basa en comentarios y en acciones de lo que opinen los demás. Sus mayor temor es el abandono y la soledad. Siempre satisfacen las demandas de los demás (Pelechano y Hernández 1995.)

El mecanismo de defensa que se utiliza en este trastorno es la introyección donde la persona dependiente desarrolla una devoción extrema hacia determinadas personas de las que depende la finalidad de utilizar este mecanismo es no solo identificarse y depender sino además lograr una internalización de los demás con la esperanza de crear una unión interpersonal estable (Mancilla, 2004.)

Cabe mencionar que este tipo de personalidad predispone a que el sujeto se vuelva dependiente a ciertas adicciones ya que debido a la necesidad de no sentirse solo y de depender de algo y para sentirse más seguros (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999.)

Trastorno de personalidad histriónico

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 menciona que personas que buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente. Sus maneras vivamente expresivas tienen como resultado el establecer relaciones con facilidad pero de un modo superficial. Las emociones a menudo aparecen exageradas, infantilizadas e ideadas para provocar la simpatía o la atención (con frecuencia erótica o sexual) de los otros. La persona con personalidad histriónica es proclive a los comportamientos sexualmente provocativos o a sexualizar las relaciones no sexuales. Pueden no querer en realidad una relación sexual; más bien, sus comportamientos seductores a menudo encubren su deseo de dependencia y de protección. Algunas personas con personalidad histriónica también son hipocondríacas y exageran sus problemas físicos para conseguir la atención que necesitan.

Conductualmente estas personas se comportan en forma teatral, tienden a hiperreaccionar y actuar impulsivamente y con afición a la excitación. En sus relaciones interpersonales son coquetos y seductores, siempre están buscando el halago de los demás y tienden a manipular a la gente para solicitar atención. Cognitivamente son vacilantes o difusos, se resisten a la introspección y tienden a mostrar un juicio pobre. Afectivamente van desde ser volubles a

impetuosos, muestran exhibiciones dramáticas de emoción y tienden a excitarse fácilmente como aburrirse (Pelechano y Henández, 1995.)

El mecanismo de defensa que más emplean es el de la disociación ya que separan o disocian su identidad real de su identidad pública y es muy frecuente que cambien su imagen en público para tener una imagen socialmente aceptable (Mancilla, 2004.)

Trastorno de personalidad obsesivo compulsivo

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 definen a las personas con personalidad obsesivo-compulsiva como formales, fiables, ordenadas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los cambios. Son cautos y analizan todos los aspectos de un problema, lo que dificulta la toma de decisiones. Consecuentemente, estas personas pueden entretenerse en los medios para realizar una tarea y olvidar su objetivo. Sus responsabilidades les crean ansiedad y raramente encuentran satisfacción con sus logros.

Estas personas son frecuentemente grandes personalidades, en especial en las ciencias y otros campos intelectuales en donde el orden y la atención a los detalles son fundamentales. Sin embargo, pueden sentirse desligadas de sus sentimientos e incómodas con sus relaciones u otras situaciones que no controlan, con eventos impredecibles o cuando deben confiar en otros.

Conductualmente el compulsivo va desde disciplinado hasta perfeccionista, con estilo de vida muy estructurado y repetitivo. Siempre actúa conforme a sus normas y reglas. En sus relaciones interpersonales son irrespetuosos hasta congraciadores, son educados, formales y leales. Cognitivamente son sujetos de personalidad deprimida a dogmática bloqueada, son carentes de imaginación e ideas nuevas, los problemas que no tiene solución son muy frustrantes para estos individuos. Afectivamente son solemnes y serios, son tensos y mantienen sus emociones en un estricto control. Su autopercepción es de ser escrupulosos, íntegros se perciben como personas leales, fieles y eficientes (Pelechano y Hernández, 1995.)

El mecanismo de defensa empleado en este trastorno es la formación reactiva ya que reprimen los impulsos indeseables y forman una actitud consciente diametralmente opuesta no solo con el fin de la aceptación social, sino para tener un control en sus impulsos socialmente inaceptables (Mancilla, 2004.)

Trastorno de personalidad pasiva- agresiva

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 definen los comportamientos de una persona con una personalidad pasiva-agresiva (negativista) tienen como objetivo encubierto controlar o castigar a otros. El comportamiento pasivo-agresivo es con frecuencia expresado como demora, ineficiencia y malhumor. A menudo, los individuos

con una personalidad pasiva-agresiva aceptan realizar tareas que en realidad no desean hacer y luego proceden a minar sutilmente la finalización de esas tareas. Ese comportamiento generalmente sirve para expresar una hostilidad oculta.

Conductualmente son individuos huraños a opositoristas, típicamente tercos, funcionan ineficientemente y siempre aprovechan oportunidades para desmoralizar a los demás. En sus relaciones interpersonales se comportan de una manera que varía desde ser personas ambivalentes y poco cooperadoras. Afectivamente son irritables, susceptibles, impacientes y generalmente negativos. Su autopercepción es de que se sienten descontentos y maltratados por los demás (Pelechano y Hernández, 1995.)

El mecanismo de defensa empleado en este trastorno es el desplazamiento que consiste en un cambio de transferencia de personas negativas u hostiles de la gente, lugares o cosas que los provocan y gente de menor importancia o poder (Mancilla, 2004.)

Trastorno de personalidad evitadora

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 mencionan que la gente con una personalidad evitadora es hipersensible al rechazo y teme comenzar relaciones o alguna otra cosa nueva por la posibilidad de rechazo o de decepción. Estas personas tienen un fuerte deseo de recibir afecto y de ser aceptadas. Sufren abiertamente por su aislamiento y falta de habilidad para relacionarse cómodamente con los otros. A diferencia de aquellas con una personalidad límite, las personas con una personalidad evitadora no responden con cólera al rechazo; en vez de eso, se presentan tímidas y retraídas. El trastorno de personalidad evitadora es similar a la fobia social.

Conductualmente se muestran ante los demás cautelosos, alarmados y están siempre atentos ante las situaciones de amenaza. En sus relaciones interpersonales son vistas como personas aversivas y son afrontadas mediante el alejamiento; aunque deseen un relación siempre mantienen una distancia social. Cognitivamente son distraídos a perplejos, a menudo se preocupan por apreciaciones hipervigilantes a su entorno. Afectivamente se encuentran angustiados hasta mostrarse hiperexitados. Su autopercepción es de considerarse rechazados, ignorados y sienten que son aislados de todo (Pelechano Y Hernández, 1995.)

El mecanismo de defensa que se utiliza en este trastorno es la fantasía ya que la imaginación sirve para gratificar sus necesidades y anhelos que no pueden llevarse a cabo en la realidad. Dicha fantasía ayuda al sujeto un medio seguro para descargar afectos, agresión y otros impulsos (Mancilla, 2004.)

Trastorno de la personalidad esquizoide

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 definen a las personas con una personalidad esquizoide son introvertidas, ensimismadas y solitarias. Son emocionalmente frías y socialmente distantes. A menudo están absortas en sus propios pensamientos y sentimientos y son temerosas de la aproximación e intimidad con otros. Hablan poco, son dadas a soñar despiertas y prefieren la especulación teórica a la acción práctica. La fantasía es un modo frecuente de enfrentarse a la realidad.

Conductualmente estas personas tienden a variar desde la apatía hasta la inercia. Parecen fatigados y muestran falta de vitalidad. Interpersonalmente son reservados y ausentes, tienen pocos amigos íntimos y rara vez consiguen preservar una amistad. Su cognición es pobre, su expresión afectiva es aplanada, fría, sin sentimientos. Su percepción de sí mismos es de ser personas complacientes, faltos de vitalidad y con escasa conciencia en sí mismos (Pelechano y Hernández.)

El mecanismo de defensa que más se utiliza en este trastorno es el de la intelectualización ya que piensan o describen sus experiencias afectivas interpersonales tienden a analizarlas de una forma interpersonal, casi mecánica. En los eventos sociales se fijan en el aspecto formal y objetivo de los eventos. Para ellos las muestras de expresión y de afecto son infantiles e inmaduras (Mancilla,2004)

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DE MODERADOS A GRAVES

Trastorno esquizotípico

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 consideran a este trastorno como una extensión de síndrome más grave o deterioro de los trastornos de personalidad esquizoide y de evitación. El término de este trastorno denominado esquizofrenia se otorga por un grupo de desórdenes mentales y cabe mencionar que el individuo pierde contacto con la realidad por momentos o de una forma permanente.

Conductualmente se comportan en una forma excéntrica, aberrante, extravagante, prefieren el aislamiento social, y tienen conductas extrañas ante los demás. Cognitivamente son de estilo rumiador y autístico en los casos menos graves y en los casos más severos se encuentran más perturbados; cabe mencionara que existe mayor desviación e interferencia cognitiva que en los trastornos leves y habitualmente son incapaces de orientar sus pensamientos en una forma lógica. Afectivamente son deficientes, disármonicos y por lo tanto son incapaces de relacionarse con otras personas, su expresión afectiva es de apatía; insesibilidad y parece apagados. También suelen presentar un constante estado de agitación y su expresión afectiva varía desde ser aprensibles a insensibles y frenéticos (Pelechano y Hernández , 1995.)

Su autopercepción es de desamparo y falta de sentido a la vida en los casos más extremos la introspección los hace sentirse vacíos, y extraños. Presentan despersonalización y disociación.

El mecanismo de defensa empleado es el de la anulación donde existe la autopurificación con el cual los individuos intentan arrepentirse de alguna conducta indeseables o de alguna cosa maligna, donde este mecanismo ayuda a compensarse. En los casos más graves de la enfermedad la anulación forma parte de rituales complejos y extraños o actos mágicos ya que estos ayudan a limpiar o a purificar al sujeto (Mancilla, 2004.)

Trastorno de personalidad paranoide

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 definen a las personas con una personalidad paranoide proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Son generalmente frías y distantes en sus relaciones. Tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas detrás de los actos triviales, inocentes o incluso positivos de otras personas y reaccionan con suspicacia a los cambios en las situaciones. A menudo, las suspicacias conducen a conductas agresivas o al rechazo por parte de los demás (resultados que parecen justificar sus sentimientos originales).

Estos individuos tiene una conducta aparente de estar siempre en guardia, movilizados y listos para una emergencia o cualquier amenaza que pueden percibir, estas personas mantienen el estado permanente de alerta independientemente de todos los peligros reales si existen o no. Detestan ser dependientes porque esto implica que se sientan inferiores y débiles, y también porque no tiene la capacidad de fiarse de nadie. En la conducta interpersonal son provocadores, pendencieros, corrosivos y petulantes con los demás consiguen exasperar o irritar a otros con sus continuas comprobaciones de lealtad y búsquedas de significados y motivaciones ocultas, por lo que los sujetos paranoides en sus relaciones interpersonales van desde la petulancia y la provocación a la aspereza tienden a ser hipersensibles por cualquier motivo se sienten agredidos. Cognitivamente van desde la incredulidad a la suspicacia, a ser verdaderos conspiradores, son escépticos, cínicos y desconfiados, la desconfianza es la base de la personalidad paranoide esta afecta percepciones, cogniciones y recuerdos llevando como principal consecuencia delirios (Pelechano y Hernández, 1995.)

Trastorno de personalidad límite

Las personas con una personalidad límite, la mayor parte de las cuales son mujeres, son inestables en la percepción de su propia imagen, en su humor, en su comportamiento y en sus relaciones interpersonales (que a menudo son tormentosas e intensas). La personalidad límite se hace evidente al principio de la edad adulta pero la prevalencia disminuye con la edad. Estas personas han

sido a menudo privadas de los cuidados necesarios durante la niñez. Consecuentemente se sienten vacías, furiosas y merecedoras de cuidados.

Cuando las personas con una personalidad límite se sienten cuidadas, se muestran solitarias y desvalidas, frecuentemente necesitando ayuda por su depresión, el abuso de sustancias tóxicas, las alteraciones del apetito y el maltrato recibido en el pasado. Sin embargo, cuando temen el abandono de la persona que las cuida, su humor cambia radicalmente (Carranza, 2002.) Con frecuencia muestran una cólera inapropiada e intensa, acompañada por cambios extremos en su visión del mundo, de sí mismas y de otras (cambiando del negro al blanco, del amor al odio o viceversa pero nunca a una posición neutra). Si se sienten abandonadas y solas pueden llegar a preguntarse si realmente existen (esto es, no se sienten reales). Pueden devenir desesperadamente impulsivas, implicándose en una promiscuidad o en un abuso de sustancias tóxicas. A veces pierden de tal modo el contacto con la realidad que tienen episodios breves de pensamiento psicótico, paranoia y alucinaciones.

Generalmente van desde una conducta difícil a una espontánea y es caótica en los casos más graves, estas personas suelen parecer impulsivas, desarrollan crisis inesperadas y espontáneas por lo que son impredecibles en su conducta, tienen un patrón irregular en el sueño y esto les provoca alteraciones de sueño y vigilia y se muestran ansiosos cuando se esta en contacto con ellos. Este tipo de trastorno se ve implicado en actuaciones que comportan riesgo o daño personal como accidentes repetidos, peleas, automutilación o actos suicidas. También muestran conductas excesivas como comer demasiado, apuestas, derroche de dinero. En sus relaciones interpersonales son erráticos y van desde opositoristas hasta mostrar comportamientos paradójicos e imprescindibles, cabe mencionar que aunque estos sujetos necesitan afecto suelen manipular a los demás lo que provoca que los rechacen, la ansiedad por separación es uno de los principales precursores para su comportamiento interpersonal. Estos individuos son super dependientes y son sumamente vulnerables a ser abandonados.

Cognitivamente van desde pensamientos opositoristas a antiéticos lo que ocasiona que confunda a los demás. En su autopercepción no están seguros de quienes son ni hacia donde dirigen su vida (Pelechano y Hernández, 1995.)

El mecanismo de defensa en este trastorno es la regresión para evadir el estrés ya que en esos estadios del desarrollo la vida no era estresante (Mancilla, 2004.)

NEUROSIS

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el CIE-10 coinciden que el conflicto neurótico tiene como principal característica la ansiedad que se puede presentar en forma manifiesta o encubierta. Esta ansiedad es la consecuencia de un conflicto entre el yo y el ello ya que el primero evita la descarga libidinal del segundo.

En comparación con las psicosis las neurosis son un grado menor de un trastorno de la personalidad, ya que mantiene un buen contacto con la realidad y aunque niega algunos aspectos molestos de aquello que lo rodea y se esfuerza por adaptarse a las exigencias ambientales.

La etiología del conflicto neurótico se debe a la carencia de un cariño y afecto auténtico que el individuo nunca sintió en la infancia ya que en esta etapa de percibe si el amor es genuino. Las acciones y actitudes de hostilidad, como rechazos injustos, incumplimiento de promesas, falta de atención ocasional o permanente, ridiculizaciones y toda aquello que quebrante la voluntad y estima del individuo. Por último los celos tanto en la rivalidad fraterna como en el complejo de edipo (Freud, 1924.)

En el manual de procedimiento para elaborar un reporte psicológico de la Facultad de Psicología de la UNAM se clasifica a las neurosis de la siguiente manera:

Neurosis de ansiedad: Se manifiesta por una preocupación ansiosa exagerada llegando al pánico y a menudo es acompañada de síntomas somáticos. Esta ansiedad puede provocarse en cualquier situación sin un fundamento real.

Neurosis histérica: Se caracteriza por un trastorno en la función psicógena es decir que se modifica por la sugestión. Dentro de esta existe la histeria de conversión causando síntomas somáticos como anestias, sordera, ceguera etc.

Neurosis Fóbica: Se caracteriza por un miedo intenso a un objeto a una situación específica donde el sujeto reconoce que no implica un peligro real y se manifiesta a través de desmayos, fatiga palpitaciones etc. Estas fobias pueden atribuirse a objetos desplazados de manera inconsciente al objeto.

Neurosis obsesiva-compulsiva: Se caracteriza por la intrusión persistente de pensamientos, impulsos o actos perjudiciales que el sujeto no puede detener, los pensamientos podrán consistir en pensamientos o ideas individuales en cavilaciones u ordenes de deas que el individuo percibe como absurdas; los actos van desde movimientos sencillos a rituales complejos. Con frecuencia presentan ansiedad y pesar si el sujeto no puede hacer su ritual compulsivo o si se encuentra preocupado por no poder controlarse.

Neurosis depresiva: Es una reacción excesiva de depresión debida a un conflicto interno o a un acontecimiento identificable como la pérdida de un objeto de afecto o de una posición querida.

Neurosis Neurasténica: Se manifiesta con un cansancio y un agotamiento.

Neurosis de despersonalización: Se caracteriza por un sentimiento de irrealidad y de enajenación con relación al yo, al cuerpo, a los alrededores.

Neurosis Hipocondríaca: Este trastorno está relacionado con la preocupación por el cuerpo y el miedo a enfermedades supuestas en diversos órganos. Siempre hay una exageración en cuanto a manifestar síntomas o malestares corporales.

1.4 Trastornos de la personalidad relacionados con los trastornos adictivos

Los trastornos ocasionados por el uso de sustancias adictivas constituyen la subpoblación en la que más trastornos de la personalidad aparecen. Se estima que entre un 30-80% de los pacientes con trastornos por uso de sustancias, dependiendo de la población estudiada o los instrumentos diagnósticos utilizados presentan un trastorno de la personalidad comórbido (Casas, 2002.)

Es importante mencionar que muchas de las personas con adicción a drogas, cumplen criterios de uno o varios trastornos de personalidad así como otros trastornos psiquiátricos. Entendiendo que una personalidad patológica tiene como características la rigidez, la cronicidad y la desadaptación (según el DSM-IV y el CIE-10). La importancia de realizar diagnósticos adecuados resulta básica para poder ofrecer una adecuada asistencia. Esta correcta evaluación se puede ver dificultada por el prematuro diagnóstico en el Eje I que establece el CIE-10, que en ocasiones puede estar determinado en parte por un trastorno de personalidad en el Eje II. En ocasiones puede observarse una serie de problemas previos a la adicción, donde el consumo de drogas es una opción probable. Dichos problemas pueden tener sus orígenes en unos patrones rígidos y poco adaptativos, propios de un trastorno de personalidad (Casas, 1992.)

Es importante recalcar que en el estudio de los trastornos adictivos existe una ausencia de control que los inventarios tienen sobre las disfunciones relacionadas con el consumo, como pueden ser los síntomas psicóticos o los rasgos excéntricos, o la falsedad de los datos obtenidos por el adicto, en algunas ocasiones condicionadas por el momento de la evaluación (Marlowe, Kirby, Festinger, Husband y Platt, 1997.) Sin embargo, gracias a estos estudios se ha determinado que los trastornos adictivos presentan los actos violentos y los síntomas psicóticos. Las conductas agresivas o violentas son tributarias de los trastornos de personalidad, especialmente del antisocial y del límite. En ellos, la mayoría de las drogas se han asociado con la presencia de conductas violentas, siendo el alcohol la más frecuente (Casas, Collazos, Ramos y Roncero, 2002.)

Actualmente se conocen ciertos rasgos de la personalidad que se relacionan con las adicciones. Numerosos estudios han mostrado que los trastornos de la personalidad, particularmente los de tipo antisocial, límite, por evitación y paranoide son muy prevalentes entre los individuos con trastorno por uso de sustancias (Brooner, King, Kidorf, Schmidt y Bigelow, 1997.) Así, los trastornos de la personalidad tienen prevalencias comparables entre los pacientes psiquiátricos y los adictos, y en ambos grupos son unas cuatro veces

más prevalentes que entre los individuos de la población general. La última conclusión es cierta también entre las personas con abuso de sustancias que no son pacientes (Verheul, 2001.)

Cabe mencionar que las diferencias, observadas en los intervalos de las tasas de prevalencia a través de estudios, se explican en parte por características de muestreo tales como la distribución del género y la edad, el entorno de tratamiento y la sustancia primaria de abuso. Otra fuente importante de variación se deriva de los criterios diagnósticos específicos empleados, por ejemplo, si las características relacionadas con la sustancia se excluyen del diagnóstico. Una importante controversia se refiere al problema de si los diagnósticos en pacientes con trastornos adictivos (CIE- 10, eje II) son artefactos relacionados con la sustancia que reflejan estados pasajeros secundarios a los problemas adictivos, más bien que trastornos de la personalidad "verdaderos" con comienzo temprano y un curso duradero independiente de los síntomas de los trastornos de la personalidad (CIE-10, Eje I) en qué medida ello es así. Se ha encontrado que la remisión del trastorno por uso de sustancias no se asocia significativamente con la de trastorno de la personalidad, lo que indica que las dos alteraciones siguen un curso independiente (Verlheul, 2001.)

1.5 Etapas de desarrollo

Debido a que la personalidad esta sujeta a diferentes trasformaciones, es importante mencionar las etapas de desarrollo de acuerdo a Papalia que se relacionan con la presente investigación a continuación se describirán en el presente cuadro:

EDAD	DESARROLLLO FÍSICO	DESARROLLO COGNITIVO	DESARROLLO PSICOSOCIAL
Adolescencia (11 a 20 años aproximadamente)	El crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos. Ocurre la madurez reproductiva. Surgen importantes riesgos de salud derivados de comportamientos como trastornos de la alimentación u abuso de drogas.	Algunos niños exhiben fortalezas y necesidades educativas especiales. Se desarrolla la capacidad para pensar en la forma abstracta y utilizar el razonamiento científico. El pensamiento inmaduro persiste en algunas actitudes y comportamientos. La educación se enfoca a la preparación por la universidad o la vocación.	La búsqueda de la identidad incluyendo la sexual, se torna fundamental. Las relaciones con los pares son generalmente buenas. Los grupos de pares ayudan a desarrollar y a poner a prueba el autoconcepto, pero también pueden ejercer una influencia antisocial.
Adulthood temprana (20 a 40 años)	La condición física es óptima y luego se deteriora ligeramente. la sección del estilo de vida influye sobre la salud.	Las capacidades cognitivas y los juicios morales adquieren mayor complejidad. Se escoge la educación y la profesión.	Los estilos y rasgos de la personalidad se tornan relativamente estables, aunque los cambios de la personalidad

			pueden estar influenciados por las etapas y los eventos de la vida. Se toman las decisiones respecto a las relaciones íntimas y el estilo de vida. La mayoría de las personas se casan y se convierten en padres.
Adulthood intermedia (40 a 65 años)	Puede ocurrir cierto deterioro de las capacidades sensoriales, la salud, el vigor y las destrezas. Las mujeres experimentan la menopausia.	La mayoría de las capacidades mentales básicas alcanzan el tope; la experiencia y la habilidad práctica para la solución de los problemas son considerables. La producción creativa puede disminuir aunque mejora la calidad. Para algunos el éxito profesional y el poder adquisitivo son máximos; para otros puede ocurrir el agotamiento o un cambio de profesión.	El sentido de la identidad continúa desarrollándose; puede ocurrir una tensa transformación en la edad media. La doble responsabilidad de cuidar a los hijos y a los padres ancianos puede ocasionar estrés. La partida de los hijos deja el nido vacío.
Adulthood tardía (65 años o más)	La mayoría de las personas son sanas y atractivas aunque la salud y las aptitudes físicas disminuyen en cierto modo.	La mayoría de las personas permanecen mentalmente atentas. Aunque la inteligencia y la memoria pueden deteriorarse en algunas áreas.	El abandono de la fuerza laboral puede ofrecer nuevas opciones respecto al uso del tiempo. Los individuos necesitan afrontar las pérdidas personales y la muerte inminente. Las relaciones con familiares y amigos cercanos pueden ofrecer importante apoyo. La búsqueda del significado de la vida adquiere importancia fundamental.

TABLA 1 FUENTE: PAPALIA

El presente cuadro permite entender los procesos físicos, psicológicos y cognitivos por los que atraviesa todo ser humano en las diferentes etapas de su desarrollo y si en alguna de estas etapas no se dan adecuadamente surgen trastornos de la personalidad o las adicciones. La etiología de las adicciones comienza generalmente en la adolescencia por que es el período más vulnerable debido a diferentes factores como: el poco control sobre sus impulsos y la búsqueda de actividades excitantes; las influencias familiares como la predisposición genética, la aceptación o consumo de las sustancias por parte de los padres, las relaciones familiares distantes o difíciles y el no vivir con uno de los padres biológicos o ser adoptados; el temperamento difícil;

problemas de comportamientos tempranos y persistentes como la agresión y la ansiedad; el fracaso académico y la falta de compromiso en la educación; la relación con otros consumidores, la rebeldía; las actitudes favorables al consumo.

CAPITULO II

ADICCIONES

El uso y abuso de sustancias adictivas como el alcohol y el tabaquismo constituye desde los últimos tiempos un problema de salud social en México (Guisa, 1998). Dicho consumo se convierte en un problema serio que actualmente se sabe que el 27.7% de los mexicanos fuman, lo que representa la existencia de más de 13 millones de fumadores, de estas personas el 52% fuma todos los días (Encuesta Nacional Contra las Adicciones ENA, 1998.) En cuanto al alcohol esta enfermedad afecta al 10% de nuestro país entre los 18 y los 65 años. Las adicciones resultan ser un fenómeno social complejo que abarca todas las clases sociales, educativas y culturales. Por lo tanto se convierten en un problema de salud pública ya que ocasionan serias lesiones en el desempeño escolar y laboral, en las relaciones humanas y comunitarias, distorsionan el núcleo familiar, generando un deterioro total en el individuo.

Actualmente no se ha logrado identificar las causas de las adicciones pero se sabe que la etiología es compleja y multifactorial. La definición de la palabra adicción tiene muchas connotaciones a continuación se mencionarán algunas de estas: La adicción es la dependencia a una droga o sustancia que es introducida en el organismo vivo y que puede modificar una o varias de sus funciones; estas sustancias pueden provocar una acción reforzadora positiva capaz de provocar una dependencia física y psicológica generando un grave deterioro psicórganico y una mala conducta social. (Tapia, 2001.) Las adicciones son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos los cuales producen un daño o deterioro en la calidad de vida del individuo, una pérdida de control que se caracteriza por la práctica compulsiva de la conducta adictiva y una negación o autoengaño ya que el sujeto no percibe la relación de su adicción y su deterioro personal (Villatoro, 1999.) La adicción se refiere a la dependencia de tipo físico y aparece como fase subsecuente a la habituación. Consiste en un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos moderados o intensos cuando falta la droga. En estas circunstancias, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la droga y la necesita para vivir (Lino Díaz 2003.)

Se sabe que las adicciones se representan por los deseos que consumen los pensamientos y comportamientos de las personas, y actúan en aquellas actividades diseñadas para conseguir la sustancia deseada o para comprometerse en la actividad deseada (comportamientos adictivos). Y, a diferencia de los simples hábitos o influencias consumistas, las adicciones son "dependencias" con graves consecuencias en la vida real que deterioran, afectan negativamente, y destruyen relaciones del individuo como la familia, relaciones de pareja, laborales etc., salud (física y mental), y la capacidad de funcionar de manera efectiva.

Por lo anterior es importante mencionar los factores de riesgo psicosociales que se relacionan con la conducta adictiva. Un estudio de investigación

epidemiológica en nuestro país de 1975 a la fecha revelo los indicadores de riesgo para un consumo mencionando, los conceptos de vulnerabilidad de las adicciones el cual se presenta en el siguiente cuadro:

AMBIENTE FACILITADOR	DROGA	CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO
<p align="center"><u>FAMILIAR</u></p> <p>Apoyos y controles familiares débiles Uso de alcohol y de drogas entre padres y hermanos Familia caótica y desorganizada Falta de contacto con la Familia Divorcio entre los padres Consumo eventual entre los familiares.</p> <p align="center"><u>SOCIAL</u></p> <p>Actos antisociales Insatisfacción con la calidad de vida Uso de sustancias entre el grupo de iguales Tolerancia de la escuela en el consumo de la droga Disponibilidad de los lugares del consumo Acceso a los lugares públicos donde se consume.</p> <p align="center"><u>DEMOGRÁFICO</u></p> <p>Vivir en la ciudad de México y en zonas urbanizadas Migración de las zonas rurales a urbanas.</p>	<p align="center"><u>PATRÓN DE CONSUMO</u></p> <p>Consumo frecuente de una sola sustancia Consumo experimental de más de una sustancia</p> <p align="center"><u>TIPO DE DROGA</u></p> <p>Uso de tabaco Uso de alcohol Uso de otras sustancias.</p> <p align="center"><u>PRESENCIA DE LA DROGA</u></p> <p>Facilidad para conseguirla Acceso a los distribuidores Amigos usuarios Presencia de las sustancias en fiestas Baja percepción del riesgo que significa usar las drogas para la salud y la vida comunitaria.</p>	<p align="center"><u>SOCIODEMOGRÁFICO</u></p> <p>No se dedica tiempo completo a los estudios Estudios de preparatoria Alto grado de inconformidad pertenecer a una familia cuyo jefe tiene pocos estudios Haber iniciado un consumo experimental durante la adolescencia temprana (12-14 años).</p> <p align="center"><u>HISTORIA DE LA VIDA</u></p> <p>Alto grado de inconformidad social Conductas de riesgo Actitud de aceptación al consumo Dinero disponible Sucesos traumáticos de la infancia Causa justificante de su inicio Deseos o intentos de suicidio Inicio temprano a la vida sexual Trabajo en la calle Embarazos Abortos Muertes cercanas Eventos negativos de la vida en el último año Descuido en la salud Conductas consumistas Descuido de la vida sexual Problemas escolares y en infancia Pérdida del sentido de pertenencia en la familia u otro ambiente</p>

TABLA 2 FUENTE: LAS ADICCIONES DE ROBERTO TAPIA CONYER

Dicho estudio permite indagar las categorías de uso y abuso de las adicciones ya que analiza la historia familiar del individuo, su ambiente social, su entorno y su medio socioeconómico, el tipo de droga que consume el individuo, la forma en como la consume. Cabe mencionar que ciertos factores difieren, además en su naturaleza (unos son modificables y otros no) e importancia (unos son más determinantes que otros); por lo que se asume que la relación entre los indicadores y el abuso de las sustancias no es lineal (Castro, 1990.) Sin embargo dichos estudios permiten entender la vulnerabilidad del sujeto en la etiología de su adicción así como también crear mecanismos preventivos, intervenciones terapéuticas y analizar la psicopatología del individuo.

Debido a que las adicciones son un problema multifactorial y establecer una etiología resulta problema complejo; la presente investigación pretende analizar a las adicciones desde un perspectiva psicológica ya que existen ciertos

factores de personalidad los cuales desempeñan un rol en el desarrollo de la adicción, teniendo en cuenta que algunas características de la personalidad, tales como la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para lidiar con los sentimientos propios, son factores que facilitan la aparición del desorden adictivo; ningún estudio ha podido ser preciso en la existencia de una "personalidad adictiva". Y la experiencia clínica demuestra que existen adictos con diversos tipos de personalidad (CONADIC Boletín Especial, 2002.)

2.1 Definición de adicción a sustancias

La adicción a una sustancia o droga se define como: la dependencia a una droga o sustancia que es introducida en el organismo vivo y que puede modificar una o varias de sus funciones; estas sustancias pueden provocar una acción reforzadora positiva capaz de provocar una dependencia física y psicológica generando un grave deterioro psicórganico y una mala conducta social (Conyer 2002.)

Para poder dar una definición a este fenómeno social la Organización Mundial de la Salud intento delimitar cuales serían las sustancias que generarían una dependencia y determino que una "droga de abuso" es aquella de uso no médico que produce efectos psicoactivos los cuales son capaces de producir efectos en el individuo en cuanto a su percepción, el estado de ánimo, la consciencia y el comportamiento y susceptible de ser autoadministrada. Para que una sustancia sea tomada bajo los criterios de la definición anterior se deben tomar en cuenta los siguientes criterios:

1. Ser sustancias introducidas en un organismo vivo que sean capaces de alterar o modificar varias funciones psíquicas de éste (carácter psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración por placer que generan una acción reforzadora positiva.
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/ o psíquico o sea la dependencia física y la dependencia psicológica.
4. No tienen ninguna indicación médica y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Para tener una idea de los criterios de clasificación de un abuso a una droga se debe primero la definición de lo que se considera como abuso: Según el CIE-10 la definen como "una forma de consumo que ésta afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud)" y los criterios que maneja para su diagnóstico son los siguientes:

- a) Existencia de consecuencias sociales adversas.
- b) Las intoxicaciones agudas no son por sí solas o por sí mismas suficientes para considerar daño a la salud.

- c) No debe diagnosticarse si existen otros trastornos inducidos por drogas o se cumplen los criterios de dependencia.

En el sistema del DSM-IV define la palabra abuso y señala los siguientes criterios:

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno o más de los síntomas siguientes durante un período de doce meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de las obligaciones.
2. Consumo de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las sustancias.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de la sustancia.

2.2 Clasificación de dependencia a una sustancia

Una característica central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fuerzen a buscarlo. Gossop (1994) definió como elementos característicos de una adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), la característica esencial de la "dependencia a una sustancia" consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos

relacionados con ella y añade que existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Cabe señalar que en este sentido la dependencia no es absoluta sino un elemento cuantitativo de esa magnitud, y en el extremo de espectro la dependencia se asocia a un “consumo compulsivo”.

Clásicamente se han definido dos tipos de dependencia: la física y la psicológica. En la actualidad también se considera una de tercer tipo llamada dependencia social. Cada una de estas dependencias presenta manifestaciones sintomáticas propias y viene determinada por causas específicas, es importante mencionar que las tres tienen en común el “obtener y consumir la droga” y no deben de considerarse como elementos separados sino completamente complementarios e interactuantes en una misma persona (Conyer, 2002.)

Para cada sustancia se debe tomar en cuenta la clasificación exacta de sus dependencias ya sea para el alcohol y la nicotina.

Cabe mencionar que los sistemas de diagnósticos para la clasificación de “drogodependencia” son considerados casi paralelos los cuales son los siguientes:

En 1980 el sistema CIE-10 (Organización Mundial de la Salud OMS) define síndrome de dependencia como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

- a)** Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características. Es decir la forma en la que el individuo se comporta en su ambiente y sus pensamientos.
- b)** Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia. El individuo no piensa en otra cosa más que en consumir la sustancia.
- c)** Hay un deseo intenso o insuperable de la administración. No tiene un control en cuanto al deseo por lo tanto se convierte en algo compulsivo.
- d)** Las recaídas después del período de abstinencia llevan a instaurar rápidamente a este síndrome que en los no dependientes. Es decir el individuo no quiere volver a sufrir los malestares físicos y psicológicos que causa el dejar la sustancia.

Y da las siguientes pautas de diagnóstico: “Si durante un período de doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes”:

- a)** Deseo o compulsión por consumir la sustancia.

- b)** Disminución de la capacidad del control de consumo: para comenzar o para terminarlo. No tiene un control aunque su pensamiento este conciente del daño ya que se vuelve un deseo compulsivo.
- c)** Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando se reduzca o cese el consumo. Es decir los síntomas orgánicos que se producen al no tener la sustancia dentro del organismo.
- d)** Tolerancia. Es la capacidad que tiene el sujeto para consumir la sustancia y la cantidad de consumo va de acuerdo a su tolerancia.
- e)** Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones. Al individuo nada le satisface igual y su percepción cambia es prioritario consumir la droga.
- f)** Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Por otro lado el Sistema DSM- IV define a la dependencia de sustancias psicoactivas y define que es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres o más de los síntomas siguientes en algún momento de período continuado de doce meses:

1. Tolerancia, la cual se define por cualquiera de los siguientes síntomas:

- a)** Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b)** El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, la cual se define por cualquiera de los siguientes síntomas:

- a)** El síndrome de la abstinencia característico para la sustancia.
- b)** Se administra la misma sustancia (o es muy parecida para calmar los síntomas de abstinencia). Para tratar de curar al individuo se administra fármacos que le ayuden a calmar los síntomas tan desagradables.

3. La sustancia es administrada en cantidades mayores o durante un período de tiempo más del largo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la misma.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades laborales, sociales o recreativas debido al consumo de la sustancia. Es decir el individuo es capaz de descuidar su trabajo con tal de salirse a fumar o de faltar a trabajar por estar alcoholizado.

7. Se continua administrando la sustancia a pesar de tener consciencia de problemas físicos, psicológicos persistentes que parecen exacerbados por el consumo de la sustancia. Es decir el individuo cree que esto no es relevante mientras la consuma.

Cabe señalar que ambos sistemas tanto como el DSM-IV y el CIE-10 se tiene considerado que estas clasificaciones pueden evolucionar de acuerdo a los estudios de las adicciones.

2.3 Clasificación de Dependencia Física y Psicológica

La dependencia física recibe hoy en día el nombre de neuroadaptación, es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo desarrollándose un vínculo de droga- organismo. Sus dos componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia. (Landeroy y Leza, 1998.)

Cuando la administración de la droga se suspende abruptamente o se administra otra sustancia antagonista es decir se rompe el vínculo de la droga con el organismo se presenta el cuadro denominado "síndrome de abstinencia", el cual se caracteriza por manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y cada droga tiene un perfil especial, ya que según la droga se presentan dichos síntomas. Cabe señalar que de acuerdo a la aparición del síndrome de abstinencia agudo es lo que define la existencia de la dependencia física y no es elemento indispensable en el diagnóstico de la drogodependencia según el (DSM-IV y el CIE-10.)

La dependencia psicológica es un deseo irresistible (estado de anhelo) de repetir la administración de una droga para obtener las vivencias de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o evitar el malestar psíquico que se siente con la ausencia.

El individuo presenta una compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate, para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o liberarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés, etc.)(Gooper ,1988.)

Cuando un sujeto se vuelve adicto a una sustancia la dependencia psicológica hace que presente un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales que trasforman completamente la personalidad del sujeto y su entorno.

Por lo anterior esta dependencia es lo más difícil en el proceso de deshabitación en una adicción ya que se tiene que reestructurar las conductas

y las emociones del sujeto adicto para que esto le permita funcionar bien psicológicamente es decir, que el sujeto logre obtener satisfacción, supere el aburrimiento, afronte la ansiedad, tolere la frustración, establezca relaciones sociales sin la necesidad de recurrir a su adicción.

Es importante mencionar que la dependencia física no es indispensable para la instauración de una drogodependencia; pero si lo son los efectos reforzadores tanto positivos como negativos. Este conjunto constituye la mayor parte de la dependencia psicológica. Es por esto que la presente investigación pretende analizar los rasgos de personalidad con el fin de entender el estado psicológico de los individuos adictos.

2.4 Modelos psicológicos de las adicciones

Debido a que uno de los factores en la etiología de las adicciones son los rasgos de personalidad como la ansiedad, la depresión, la poca tolerancia a la frustración, los rasgos obsesivo compulsivos etc. Es importante estudiar las adicciones desde un punto de vista psicológico ya que nos permite entender al individuo en la estructura de su personalidad y la forma en la que interactúa en su entorno, cabe mencionar que dentro de la literatura diversas corrientes psicológicas han estudiado las adicciones aportando diferentes perspectivas del porque un individuo se refugia en una adicción. A continuación se describirán cada uno de los modelos y teorías:

Modelo social

Esta teoría parte de que todo individuo nace y se desarrolla en un contexto, con unos factores que van configurando su vida. La familia es la primera institución que influye en la vida del niño/a, el cual a su vez estará condicionado por factores económicos, políticos, sociales y culturales. Otra de esas instituciones es la escuela, la cual llegará en un momento concreto de la vida del niño/a y ejercerá su función social. Más tarde aparecen los amigos, el grupo de iguales, agentes que adquirirán un papel muy importante al entrar en la adolescencia. Y este recorrido va configurando su personalidad individual y social. Las diferentes circunstancias y situaciones de cada uno contribuirán a la creación de zonas de exclusión, zonas de vulnerabilidad y zonas de integración, según se sitúe la persona y su vida, sus proyectos de inserción social y personal tendrán distintos matices (Acker, 1993.)

Por lo anterior el modelo social en la etiología de las adicciones es la forma en la que el individuo interactúa con su medio social y si este no es del todo favorable los ámbitos que conforman su vida no han aportado modelos educativos adecuados para una inserción positiva y esto se genera debido a los problemas familiares, padres drogadictos, sin trabajo, separados, inexistentes, autoritarios, sin recursos económicos; fracaso en el sistema educativo, absentismo escolar que aumenta el tiempo de calle, situaciones de riesgo, grupo de iguales en sus mismas condiciones, entornos marginales o llenos de elementos desestructurantes, factores que poco a poco les van

acercando a situaciones que les harán entrar en el proceso excluyente de su propia persona y de su relación con la sociedad. Ante todas estas situaciones problemáticas el individuo se torna más vulnerable para que su escape sea el consumir cierta sustancia y convertirse en un adicto (Tapia Conyer, 2001.)

Teoría bio-conductista

Esta teoría explica a las adicciones como un hábito sobre-aprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales. Se entiende como resultado de alguna combinación o producto interactivo posible de ciertos factores control que incluyen un organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos (en el sentido de haber dispuesto o no de modelos reforzadores de consumo, reglas acerca de los efectos de la sustancia, contacto directo con las drogas, etc.); un estado motivacional determinado (por ejemplo, condiciones de privación social, ansiedad, etc.); unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas (por ejemplo, ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano, etc.); y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia. Las adicciones cumplen un papel funcional como reforzadores positivos o negativos de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estimulares asociadas a éstos. Como tales, son capaces de dotar de función a los elementos presentes en la situación de reforzamiento de modo que acabarán incrementando la probabilidad del inicio de la cadena conductual (López y Gil, 1996.)

De esta perspectiva para poder explicar la ocurrencia y persistencia de la auto-administración de drogas, se ha de contemplar que las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas pueden variar de un sujeto a otro, dado que los efectos primarios de las sustancias interaccionan con las variables antes mencionadas (biológicas, motivacionales, de historia de aprendizaje, repertorio conductual, etc.), y debido a que la conducta de consumo está bajo ciertos controles estimulares y de programas de reforzamiento (López y Gil, 1996.) De igual manera, el tipo de sustancia puede determinar aspectos importantes del patrón de adquisición, de modo que para algunas de ellas, el inicio del consumo es una conducta gobernada por reglas o sólo es posible debido a que las contingencias sociales asociadas son más potentes que las automáticas o primarias, generalmente de un carácter aversivo que desaparece tras varios episodios de consumo. Poco a poco, las contingencias propias de cada droga se convierten en el elemento clave de control.

Teoría conductista

Dicha teoría parte de la estructuración perceptual y esta se considera una de las orientaciones más importantes para entender al comportamiento humano. El modelo conductual sostiene que el individuo aprende una conducta a base de una serie de estímulos que se derivan de su medio ambiente, tanto familiar, escolar y en general a la vida diaria. (Watson, 1925.) Cada estímulo condiciona a una respuesta (aprendizaje) y esta depende de la fuente, la calidad del modelo y la forma como el individuo interpreta tales percepciones. Cuando se considera como inadecuada puede en forma directa o indirecta causar daño al sujeto mismo y a los individuos que lo rodean.

En esta teoría cabe destacar el sistema de Skinner el cual está basado en el condicionamiento operante. El organismo está en proceso de “operar” sobre el ambiente, lo que en términos populares significa que está irrumpiendo constantemente; haciendo lo que hace. Durante esta “operatividad”, el organismo se encuentra con un determinado tipo de estímulos, llamado estímulo reforzador, o simplemente reforzador (Skinner 1957.) Este estímulo especial tiene el efecto de incrementar el operante (esto es; el comportamiento que ocurre inmediatamente después del reforzador). Esto es el condicionamiento operante: el comportamiento es seguido de una consecuencia, y la naturaleza de la consecuencia modifica la tendencia del organismo a repetir el comportamiento en el futuro.” Por lo tanto en las adicciones el individuo está operando con su medio ambiente y las drogas actúan como un reforzador positivo debido al placer que generan las sustancias en el individuo dando como resultado un condicionamiento operante y el sujeto aprende a repetir esa conducta en un futuro debido a la acción de la conducta aprendida y del reforzador.

Teoría cognitivo conductual

La mayoría de las investigaciones en el estudio de las adicciones se han centrado en las teorías cognitivo conductuales ya que analiza al individuo en cuanto a sus pensamientos, conductas y actitudes entre ellas destacan la teoría cognitivo conductual, la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planeada y la teoría de la autoeficacia.

En la teoría cognitivo conductual el principal precursor es Albert Ellis el cual elaboró la Terapia Racional Emotiva y la premisa fundamental es que en el ser humano se dan cuatro procesos mentales básicos: la percepción, el pensamiento, la emoción y el movimiento todos estos se encuentran integralmente relacionados. Debido a estas interrelaciones del pensamiento y de la emoción cada uno de estos interactúa en el otro. Ellis define la percepción en la forma en como un individuo entiende y observa su entorno, dicha percepción genera un pensamiento lo cual conlleva a sentir una emoción. Dicho autor hace hincapié en que la psicoterapia racional se basa en la premisa de que el pensamiento y la emoción no son dos procesos totalmente diferentes, sino que se sobreponen muy notablemente en muchos aspectos, y que, por lo tanto las emociones desordenadas pueden mejorarse con

frecuencia cambiando de modo de pensar(Ellis, 1983.) La emoción es en realidad un cierto tipo de pensamiento, por lo general muy predispuesto o intensamente evaluativo. Ellis propone además la hipótesis de que pensar es una forma de discriminar o distinguir por lo regular más tranquila y con menos manifestaciones somáticas que la emoción. Mediante el proceso de la vida, de la cultura y de la sociedad la percepción, el pensamiento y la emoción se mantienen en movimiento es decir cambian continuamente y el pensamiento y la emoción se relacionan íntimamente generando que la forma de pensar se transforme en una emoción y la emoción se transforme en un pensamiento. Resulta relevante mencionar que este autor dice que un individuo posee pensamientos racionales e irracionales y debido a que la emoción genera un pensamiento si el individuo logra controlar sus emociones obtendrá una reestructuración cognoscitiva de sus pensamientos por lo tanto lograra controlar sus emociones.

En las adicciones el sujeto no sabe manejar sus emociones por lo tanto deposita en su adicción esa emoción que le genera malestar y por lo tanto su pensamiento será irracional ya que la droga o sustancia transforma el pensamiento por la dependencia psicológica que tiene el individuo por lo tanto el sujeto tendrá una conducta negativa (un fumador cuando esta enojado antes de sacar su enojo prende un cigarro y deposita la emoción en su adicción, lo mismo que un alcohólico evade sus pensamientos con el alcohol y manifiesta sus emociones reprimidas).

Por lo anterior cabe mencionar que la terapia cognitivo- conductual es la más eficaz en el tratamiento de las adicciones (Conyer, 2003.) ya que permite evaluar las conductas, los pensamientos y las emociones que llevan al individuo a consumir ciertas sustancias y si el sujeto logra identificar y controlar los pensamientos y emociones que lo llevan a recurrir a su adicción, el individuo podrá tener una reestructuración cognoscitiva cambiando de hábitos o conductas utilizando pensamientos racionales y controlando sus emociones.

La teoría de la acción razonada

Explica las conductas que están bajo control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que la preceden y la explican. El determinante inmediato de la conducta no es la actitud propiamente dicha, si no la intención de realizarla. A su vez, la intención de conducta tiene dos factores que la explican, uno es el factor individual, como es la actitud acerca del carácter colectivo y social el cual se refiere al contexto socio- cultural del individuo (Ajzen, 1994.) Por lo tanto el uso experimental de consumir la sustancia esta determinado por la intención del sujeto de iniciar o no la conducta del consumo. Cabe mencionar que estas decisiones están determinadas por dos componentes cognitivos: 1) la decisión esta influida por la experimentación del sujeto por probar la sustancia, la actitud depende de las consecuencias personales y del valor afectivo que le den a estas consecuencias. 2) la decisión se ve afectada por las creencias a las normas sociales e influyen en el individuo de acuerdo a la opinión de las personas significativas para el

individuo así como también, la forma de satisfacer las expectativas que los otros significativos tienen sobre él.

En conclusión la actitud del individuo hacia el consumo de la sustancia se determina a partir de las creencias socioculturales, el valor afectivo del individuo y a la evaluación positiva y negativa relacionada a estas creencias. Esta evaluación es el componente afectivo de la actitud determinado por la motivación y fuerza de la intención en el abuso de sustancias. Es decir depende de la estructura de la personalidad del individuo y del control que tenga de sí mismo que aunque su entorno lo predisponga a consumir ciertas sustancias él podrá actuar racionalmente controlando sus pensamientos y del valor afectivo que le de al resultado de sus conductas (si el sujeto sabe que el consumir alguna droga le generará consecuencias en su persona y en su familia y el valor ponderante es esto y no la sustancia logrará actuar racionalmente).

La teoría de la acción planeada

Toma en cuenta además de las actitudes y creencias del sujeto la autoeficacia, o sea el control percibido y esta ligada a las intenciones conductuales. La autoeficacia representa la facilidad o dificultad para realizar la conducta. (Schfiter y Azjen, 1985.)

Este componente implica que aunque el individuo posea una actitud favorable hacia el abuso de las sustancias la probabilidad de llevarlo a cabo va a depender, entre otros factores de la percepción del control por ejemplo la habilidad del sujeto para conseguir la sustancia.

El resultado de la percepción del control sobre la conducta puede inducir en la intención de conducta modulando el efecto de la actitud y de la creencia social normativa tienen sobre la intención de llevar a cabo una conducta considerando a los componentes anteriores a dicha intención. Por lo anterior aunque el sujeto quiera o desee consumir la sustancia este puede tener un obstáculo por lo tanto la percepción del control actúa sobre la conducta. Es decir varía en cuanto al medio del individuo en algunas ocasiones podrá o no conseguir la sustancia pero esta acción dependerá del tiempo y de la vulnerabilidad en la que se encuentre el individuo en ciertas situaciones y generará una conducta positiva o negativa (aunque el sujeto tenga curiosidad o este triste y se quiera refugiar en su adicción, el consumirla dependerá de su medio que le facilite el conseguirla).

Teoría de la autoeficacia

Bandura explica a la conducta humana y los factores que intervienen en su realización y mantenimiento. La autoeficacia se define como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones requeridas para manejar las situaciones futuras. Dicho autor hace mención en la capacidad que tienen las personas de crear y desarrollar sus propias autopercepciones y estas se

convierten en los medios para alcanzar las metas y controlan lo que son capaces de hacer. Es decir depende de la autoeficacia que tenga el individuo esta influirá en forma determinante en consumir la sustancia (Bandura, 1977.)

En conclusión el sujeto podrá percibir a las adicciones como dañinas o buenas y su conducta dependerá de las metas que tenga, de lo que desea para sí mismo y del control de su conducta si el sujeto desea tener una calidad de vida y metas positivas no recurrirá al consumo de ninguna sustancia o hacer lo contrario.

Teoría social-cognitiva

Esta enfatiza el papel de los fenómenos autoreferenciales (lo que un individuo se dice así mismo) como el medio de actuar en su ambiente es decir este genera emociones positivas y negativas estas emociones generan pensamientos racionales e irracionales los individuos poseen un sistema interno propio que los capacita para ejercer un control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas. Es decir si el individuo tiene la capacidad de controlar estas emociones generara pensamientos racionales por lo tanto tendrá menos riesgo para iniciar con una conducta adictiva.

En conclusión aunque el individuo se relacione en un medio ambiente desagradable y esto puede ser un factor predisponente a una adicción no quiere decir que lo haga sino que dependerá de que el controle sus emociones y cambie sus pensamientos .

Por lo anterior podemos concluir de acuerdo a estas teorías y la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002.) que los adolescentes mexicanos están en mayor peligro al no contar con una alta percepción de riesgo y se encuentran más vulnerables al consumo de sustancias ya que por un lado creen que en general las sustancias de abuso no son tan peligrosas y están socialmente aceptadas, además tener la capacidad para controlar su consumo. (CONADIC, 2002.)

Modelo factorial

Este modelo parte de los rasgos de personalidad que posee el individuo y el desarrollo del análisis factorial. El delineamiento de los rasgos es una manera más directa de describir la conducta humana como los rasgos no son fáciles de describir se recurrió a comprobar dichos rasgos a través del análisis factorial.

Uno de los principales precursores es Eysenck el cual se basa principalmente en la psicología y la genética. Aunque que se considera a los hábitos aprendidos como algo de gran importancia, considera que nuestras diferencias en las personalidades surgen de nuestra carga hereditaria. Por tanto, está primordialmente interesado en lo que usualmente se le conoce como temperamento.

En conclusión este modelo toma en cuenta los tres factores en la predisposición de las adicciones 1) los factores biológicos, 2) los factores sociales y 3) los rasgos de personalidad y describe específicamente dichos rasgos que posee un individuo ya sean heredados o aprendidos como: el sujeto depresivo, ansioso o menos tolerante a la frustración etc.

Teoría psicoanalítica

Las aportaciones psicoanalíticas sobre la dependencia de drogas hacen referencia a cuestiones relacionadas con el nivel específico. Una gran parte de la bibliografía intenta precisar los estados emocionales y angustias que están en la base del consumo, como una satisfacción sustitutiva de deseos inconscientes de tipo sexual agresivo, o el malestar en la cultura, como una defensa frente a estados de sufrimiento psicológico.

Asimismo, la teoría psicoanalítica intenta esclarecer las causas de los estados emocionales y angustias que están en la base del consumo, ya que abordan el tema de la génesis desde el punto de vista del conflicto. Por último esta teoría se ocupa de precisar el significado inconsciente que la experiencia con la droga tiene para el consumidor. A continuación se describirán las aportaciones más importantes (los siguientes autores mencionados son citados por López, 1991 en su libro de adictos y adicciones una visión psicoanalítica).

En 1908 Abraham examinó, las relaciones psicológicas entre la sexualidad y las drogas. En su artículo "La primera etapa pregenital de la libido" destaca la importancia en todas las adicciones del deseo oral insaciable (Abraham, 1916.) Es decir existe una regresión a la etapa oral en la que el sujeto no logra superar esta etapa y al consumir las sustancias como el cigarro o el alcohol que son orales sustituye esa pérdida logrando calmar la angustia que le dejó el separarse del seno de la madre. Es interesante señalar que Abraham destacó sólo el factor oral de las adicciones sin vincularlas a los estados maníaco-depresivos

En 1912 Juliusburger destaca, las tendencias destructivas en el consumo de las adicciones haciendo hincapié en las tendencias suicidas. El tanatos gobierna al eros y las ganas de autodestruirse son mayoritarias, es decir el sujeto consume la sustancia aunque sepa que se puede morir o que se está haciendo daño.

En 1919 Pierce Clark menciona, la importancia de la regresión a la etapa oral, las primitivas identificaciones con la madre combinadas con un intenso amor a sí mismo (narcisismo). Las tendencias depresivas de los sujetos adictos por sentirse solos recurren a las adicciones como una fuga y una búsqueda de placer.

En 1920 Kielholz realizó, muchos aportes a la psicopatología de las adicciones considera a las adicciones como una neurosis narcisista relacionada con la psicosis maníaco-depresiva. Existe una obvia regresión al narcisismo, que se manifiesta en la vanidad, egoísmo y en el aumento de la autoestima del adicto.

Menciona los estados maníacos de las adicciones como los estados depresivos que conllevan a recurrir al consumo o los estadios de euforia que causa el consumirlas. Piensa que la disociación entre el ideal del yo y el yo es profunda e intolerable tanto en las melancolías como en los estados de euforia, ya que el yo es gobernado totalmente por el ello al consumir la sustancia.

En 1926 Rado realizó, una cantidad importante de contribuciones acerca del problema de la drogadicción. Rado destacó la predisposición a la adicción sugiriendo que "algunas manifestaciones del erotismo oral están siempre presentes en forma marcada, incluso en aquellos casos de toxicomanía en los que la droga no es ingerida por vía oral". Piensa que el "orgasmo alimenticio" experimentado primeramente por el lactante en el pecho es revivido en la adicción a las drogas, y la excitación sexual perteneciente a las fantasías de la situación edípica se descarga no por medio del onanismo sino a través del orgasmo alimenticio. El sugiere que en la drogadicción crónica "toda la personalidad mental representa un aparato de placer autoerótico. El yo es totalmente sojuzgado y devastado por la libido del ello". O sea, "convertido nuevamente en ello". "El mundo externo es ignorado y la conciencia desintegrada". El dice que por una parte, a causa del instinto destructivo, las organizaciones y las diferenciaciones mentales superiores han sido desechadas. Por otra parte, las tendencias agresivas se ligan al superyó del drogadicto, de tal manera que la tensión inconsciente de la conciencia se intensifica, implicando una gran necesidad de castigo que da por resultado un círculo vicioso.

Cabe mencionar que dicho autor menciona que las drogas son una coraza para evitar sentir el dolor, alivian las tensiones y logran cambiar el placer por el dolor, ese estado de placer se convierte en una satisfacción de tipo sexual donde el orgasmo es la intoxicación de la sustancia.

Menciona la culpa que se genera en las adicciones donde el proceso de volver a consumir la sustancia calma la melancolía generando un círculo vicioso. La regresión al narcisismo genera que el individuo se sienta inmortal y menos vulnerable a través de su consumo.

Entre los años 1928 y 1949 Simmel realizó, numerosas contribuciones a la psicopatología y al tratamiento de la drogadicción. En 1928, al examinar la drogadicción, sugiere que los adictos sufren de neurosis narcisistas (enfermedad maníaco-depresiva) que evitan utilizando mecanismos de la neurosis obsesiva. El cree que el efecto de la droga se focaliza en el superyó. También tiene en cuenta la importancia del sadismo en la drogadicción y piensa que, por causa de los impulsos asesinos y de la necesidad de autocastigo el tratamiento del drogadicto está plagado de peligros, en particular el suicidio. En 1930, Simmel subraya la importancia del narcisismo y la ciclotimia patológicos en la personalidad pre-mórbida del drogadicto. Cuando se desarrolla la drogadicción, el paciente se transforma más y más en el niño narcisista, e irrumpe a la conciencia el infantil principio del placer. Al examinar la drogadicción grave describe una regresión a la fase de la succión en la que el paciente (especialmente durante el tratamiento de aislamiento) representa a un ser ya incapaz de emplear su aparato mental para vincularse con los estímulos. En su lugar, el cuerpo responde autoeróticamente a las tensiones y a los

estímulos, lo cual explicaría el síndrome de abstinencia que sufre el sujeto adicto Simmel está impresionado por las fantasías orales del adicto, de comer y de ser comido por otros, que él vincula con el último recurso del deseo del paciente de perder los límites de su yo como el niño en el útero materno.

Simmel concuerda con Kielholz, Juliusberger, Clark y Radó en destacar la relación de la adicción con la depresión, pero subraya además el carácter maniaco de la adicción. Tanto Simmel como Rádo intentan clarificar la disolución del superyó y la ascendencia gradual de los instintos destructivos en las adicciones.

En 1932 Glover menciona, la agresión que sufre el yo al dominar el ello en el consumo de las sustancias. Menciona a las drogas como objetos peligrosos que introyectados pueden ser convertidos en sustancias buenas, las que pueden ser utilizadas para expulsar o neutralizar las sustancias malignas. Glover estudió la relación existente entre la adicción a las drogas, los estados psicóticos, las neurosis obsesivas y las peculiaridades neuróticas de carácter. Supone que es en la drogadicción más que en las neurosis bien definidas o los estados psicóticos donde se puede detectar claramente la existencia de una serie de situaciones edípicas nucleares. Estas formaciones han sido consideradas que forman parte de la organización narcisista y entregadas totalmente a un sistema de relaciones objetales. Piensa que el término "fijación oral" es demasiado vago. Al examinar la posibilidad de establecer un mecanismo específico para la drogadicción sugiere que esta reacción específica representa una transición entre la fase psicótica más primitiva y la fase psiconeurótica ulterior del desarrollo.

Según la experiencia de Glover, la fantasía básica del drogadicto representa una condensación de dos sistemas primarios, uno en el que el niño ataca y luego repara órganos del cuerpo de la madre, y otro en el que la madre ataca y luego repara órganos del cuerpo del niño. Estas fantasías también representan sistemas de masturbación. En sus conclusiones, Glover destaca particularmente la función defensiva de la drogadicción que, según él, controla los ataques sádicos, menos violentos que los asociados a la paranoia pero más severos que los enfrentados en las formaciones obsesivas. También subraya que la drogadicción actúa como protección contra la reacción psicótica en estados de regresión. Glover subraya más que Rádo y Simmel, la importancia de las pulsiones agresivas primitivas. Al tiempo que parece coincidir con Rádo, Simmel, Kielholz y Clark en que los estados maniaco-depresivos y las adicciones están relacionados, realiza un aporte original al destacar la relación entre las adicciones y la paranoia. Al examinar los casos paranoides de adicción, Glover, muy claramente, no considera sólo a la homosexualidad latente sino también a las ansiedades paranoides primitivas que se remontan al primer año de vida.

En 1935 Gross cataloga, a las adicciones como la acción de los tóxicos que pertenecen a la "psicopatología de la vida cotidiana"; entre esta y la adicción extrema existen una diversidad de fenómenos de transición.

En 1936 Kinight, menciona las tendencias psicóticas, en las adicciones y una regresión a la etapa oral donde la madre por lo general parece ser sobreprotectora e indulgente en exceso al darle el pecho, trata de apaciguar al niño satisfaciéndolo constantemente, de tal manera que el eventual destete del niño sólo puede significar la traición de la madre que lo condujo siempre a esperar indulgencia, y el niño intenta por todos los medios recapturar esta experiencia perdida. A lo largo de su vida tratará de obtener de la gente una indulgencia pasiva y desarrollará modos orales característicos de tranquilizarse cuando sus deseos sean frustrados, deseos que por ser tan inmensos lo más probable es que a menudo se frustren. A esto reaccionan con rabia, la cual es vivida por lo común como una insatisfacción inquietante y un agitado resentimiento interno. Toda aflicción psicológica resultante de los sentimientos de inferioridad, de la pasividad del paciente, de la frustración y de la rabia, y de la culpa o rencor, es mitigada por las sustancias adictivas.

En 1945 Fenichel, define como adictos a quienes tienen disposición a reaccionar ante los efectos de las sustancias que se consumen, de tal manera que tratan de usar estos efectos para satisfacer simultáneamente un anhelo arcaico de naturaleza sexual, un deseo de seguridad y un deseo de mantener la autoestima. Dice que los drogadictos se hallan fijados a un objetivo narcisista pasivo y que sólo están interesados en obtener satisfacción, nunca en satisfacer a sus parejas. En otras palabras, los objetos para ellos no son nada más que abastecedores de provisiones. Estos pacientes son intolerantes a la tensión, y tras sentir elación, el dolor y la frustración se tornan aun más insoportables, induciendo al uso excesivo de la droga.

En 1950 Meerloo estudió, a las adicciones desde diferentes perspectivas psicoanalíticas, piensa que establecer límites precisos entre la dependencia física y psicológica de las adicciones es complicado, para él los síndromes de abstinencia son psicogénicos en su origen por ejemplo los dolores de estómago pueden vincularse con los períodos de la ira destructora después de la frustración oral por la madre.

Cabe mencionar que dicho autor dice que los sujetos drogadictos son esquizoides ya que regresan a un mundo mágico infantil. Sugiere la existencia de tres mecanismos mentales comunes en las adicciones los cuales son: un deseo vehemente de la experiencia del éxtasis, una pulsión inconsciente dirigida hacia una autodestrucción y una necesidad inconsciente oral. Hace hincapié en las tendencias suicidas y masoquistas de las adicciones.

En conclusión cada autor que aborda a las adicciones desde la perspectiva psicoanalítica hace referencia en puntos clave o coinciden en la etiología de las adicciones, logrando definir los estados más arcaicos y profundos de la personalidad de los adictos como: 1) la regresión a la etapa oral donde el individuo se torna insaciable e incapaz de superar esta etapa y al consumir la sustancia regresa a un estado primitivo de identificación con la madre manifestándose los mecanismos de defensa como introyección y la negación (el sujeto adicto introyecta la sustancia fantasiando el pecho de la madre e inhibiendo las angustias de su entorno logrando así una negación de dejar el pecho y la protección de la madre); los autores que hacen hincapié a esta

regresión son Abraham, Clark, Rado, Simmel, Glover, Merloo y Fenichel. Este último autor analiza la teoría de Melanie Klein donde las fantasías son relevantes en el desarrollo infantil porque cumplen la función de disminuir la ansiedad que producen las relaciones objetales y esas fantasías son importantes en la posición esquizoparanoide donde no hay suficiente yo al nacer por lo cual se genera ansiedad y es indispensable utilizar los mecanismos de defensa para el control de las relaciones objetales (como el pecho materno) logrando un equilibrio entre la fantasía y la realidad pero si el sujeto no logra superar esos estados de angustia y ansiedad porque el yo se encuentra desorganizado, el yo estará expuesto al impacto de la realidad externa por lo cual el instinto de muerte logra deflexionar al yo y lo escinde poniendo al objeto bueno como un objeto malo (Klein, 1964.) Cabe mencionar que si el individuo no supera la posición esquizoparanoide el individuo tendrá una fijación en la etapa oral por lo tanto será más vulnerable para tener una adicción oral como el tabaquismo y el alcoholismo. 2) El narcisismo primario donde el sujeto adicto regresa a través de su adicción a sentirse inmortal, egoísta, vanidoso y al consumir la sustancia, aumenta su autoestima los autores que mencionan este narcisismo son Clark, Kielholz, Rado, Simmel. 3) La evitación del dolor y la búsqueda de placer en las adicciones lo cual se relaciona a las defensas maníacas en el desarrollo infantil donde dichas defensas ayudan a evitar el dolor y protegen al yo de una desesperación total si estas defensas no ayudan a disminuir el dolor y la amenaza se establecen círculos vicios generando fijaciones que se relacionan con las adicciones. 4) La desestructuración del aparato psíquico del individuo, donde el ello gobierna al yo cuando el sujeto es adicto ya que el ello libera sus impulsos por lo cual el superyo genera una culpa terrible y afecta de manera constante al yo los autores que hablan de esta desestructuración son Kielholz, Rado, Simmel y Glover. 5) El principio de autodestrucción donde el tanatos gobierna al eros ya que el sujeto adicto sabe que al consumir la sustancia se hace daño y también muestra ideas suicidas (Juliusburger). 6) Por último los estados maniacos depresivos y esquizoides de los sujetos adictos ya que, se encuentran deprimidos y buscan la sustancia y cuando la tienen presentan estados de euforia y los estados esquizoides por la regresión a las fantasías infantiles.

2.4 Adicción al alcoholismo y al tabaquismo

La adicción al alcohol y tabaco están considerados por el DSM-IV como un trastorno mental inducidos por sustancia ya que existe la presencia de un cambio psicológico o comportamental clínicamente desadaptativo. (Am J. Psychiatry, 1996.) En el alcoholismo el individuo muestra comportamientos agresivos, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral y social. El alcohol ayuda a eliminar las inhibiciones naturales, sociales y personales; y con una o dos copas casi todas las personas se sienten mucho más relajadas y menos cohibidas. La persona retraída puede volverse locuaz ; y la tímida agresiva (Warner y Rosset, 1975.) Bajo los efectos del alcohol, un individuo normalmente muy prudente puede dejar de preocuparse por lo que piensen los demás. Al mismo tiempo disminuye la capacidad mental para retener información comprender y juzgar los mensajes que se reciben (Mc Gue, 1992.) En el tabaquismo el individuo es

ansioso, depresivo, con poca tolerancia a la frustración y mayores niveles de sintomatología psiquiátrica (Covey, 1994.) Es importante mencionar que hasta ahora no se ha logrado definir un patrón de personalidad de los alcohólicos y los fumadores en general aunque se conocen ciertas características psicológicas y emocionales esto no determina un patrón de personalidad. Por lo anterior la presente investigación pretende determinar si existen rasgos específicos de personalidad en los alcohólicos con el fin de entender este factor en la etiología de estas adicción que afectan al individuo en todos los ámbitos. (sociales, económicos, familiares y en su salud física y mental)

2.5 Adicción al alcoholismo

- **Prevalencia del consumo de alcohol en México**

La ingestión de alcohol es un proceso avalado culturalmente en la sociedad contemporánea y delimitado por la edad y el sexo. El abuso de alcohol en nuestro país no es homogénea en la población, ya que una porción importante es abstemia sobre todo las mujeres, no obstante el consumo en ellas también se ha incrementado. El alcoholismo afecta al 10% de nuestra población entre los 18 y los 65 años que viven en zonas urbanas de nuestro país.

El consumo de este representa un elevado costo para el país por su contribución en mortalidad prematura debida a problemas de salud y como resultado de accidentes y violencias. Se ha calculado que el abuso de alcohol, por sí solo representa el 9% del peso total de la enfermedad en México. Estos datos fueron obtenidos en la medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida por enfermedad, accidentes y violencias y a tiempo de vida llevado con discapacidad. (Frenk y colaboradores, 1994.)

A continuación se mostrara la tabla del patrón de consumo por sexo en nuestro país:

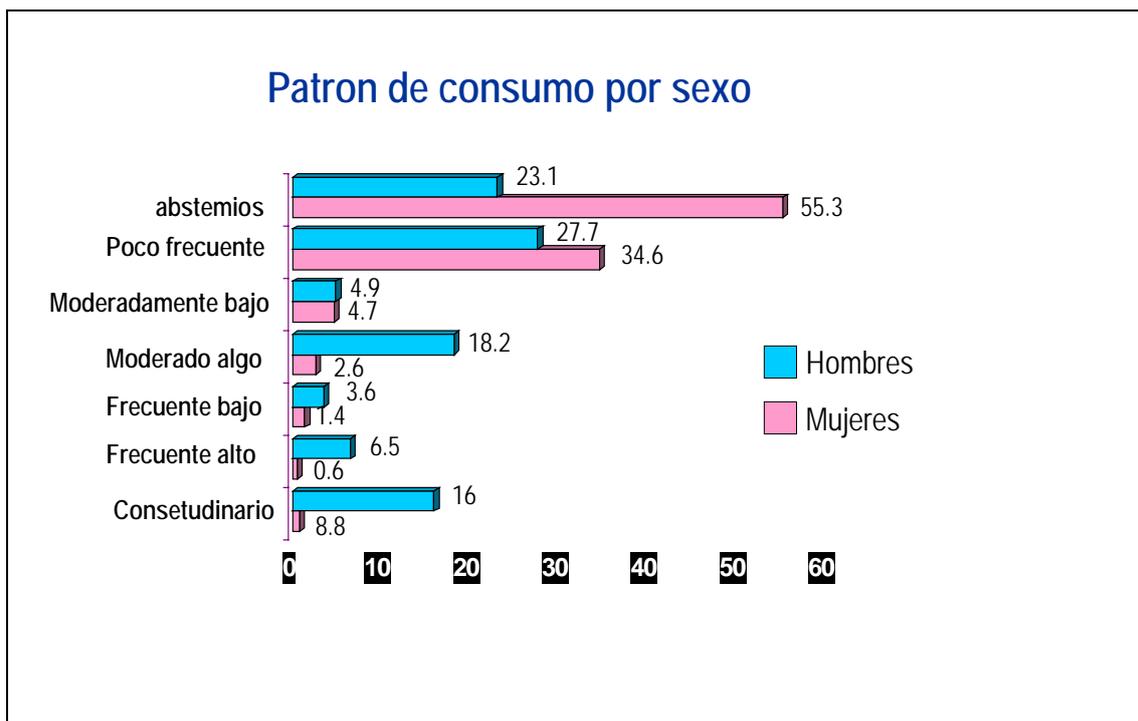


Tabla 3 Fuente: Observatorio Mexicano de Alcohol, Tabaco y Drogas

- **Definición del alcoholismo**

El alcoholismo se define como una enfermedad progresiva que se produce por la ingesta excesiva de alcohol. Esta considerada como una droga de tipo depresora (psicolépticas) y que produce alentamiento de la actividad nerviosa y disminuye el ritmo de las funciones corporales (Observatorio Mexicano de alcohol, tabaco y otras drogas, 2002.)

El etanol es una droga legal, es etílico, un alcohol alifático que se obtiene de la fermentación de diversos granos, frutos y plantas que se encuentra contenido en diferentes porciones en las bebidas alcohólicas.

El alcohol esta considerado como una droga “depresora” (psicoléptica) ya que éstas enlentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales.

- **Diagnóstico Nosológico**

A continuación se describen los criterios de diagnóstico del alcohol por parte del CIE-10 y del DSM- IV:

El CIE-10

A. Se deben cumplir los criterios generales para la intoxicación:

- Debe haber presencia clara de consumo reciente de alcohol etílico en dosis suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
- Debe de haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia o sustancias tal como se especifica posteriormente y de la suficiente gravedad para producir alteraciones a nivel de la consciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad y comportamiento, de relevancia clínica.
- Los síntomas y los signos deben no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otro trastorno mental o del comportamiento.
- La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan además otros problemas relacionados con el consumo de etanol o psicotrópicos. Se debe tener en cuenta el problema como el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el trastorno psicótico.

B. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en al menos de los siguientes síntomas enunciados:

- Desinhibición, al individuo no le da pena expresar sus emociones pensamientos y su conducta.
- Tendencia a discutir, el individuo alcoholizado se altera fácilmente.
- Agresividad
- Labilidad afectiva o inestabilidad del humor. El sujeto alcoholizado expresa verbalmente su afecto hacia las personas que lo rodean utilizando mucha labia o mucho rollo en las palabras que utiliza y en cuanto al humor puede mostrarse de momento deprimido y después eufórico
- Deterioro de la atención no se percata de lo que le sucede a su alrededor
- Juicio alterado
- Interferencia con el funcionamiento personal

C. Al menos uno de los siguientes debe estar presente:

Marcha inestable es decir no camina en forma adecuada y pierde fácilmente el equilibrio

- Dificultad para mantenerse de pie
- Disartria. Es decir el individuo muestra un lenguaje farfullante tiene dificultad en la articulación de las palabras.

- Nistagmo. Es decir que el individuo se sienta con la vista nublada y mareado.
- Nivel de consciencia disminuido
- Enrojecimiento facial
- Inyección conjuntival. Enrojecimiento de los ojos.

El DSM-IV

Criterios para el diagnóstico de F10.00 Intoxicación por alcohol [303.00]

- Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos Ingestión reciente de alcohol.
- Después de la ingesta de alcohol.

A. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

- Lenguaje farfullante
- Incoordinación
- Marcha inestable
- Nistagmo
- Deterioro de la atención o de la memoria
- Estupor o coma

B. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Rasgos de personalidad en el alcohólico

La predisposición a que los individuos se vuelvan alcohólicos es multifactorial ya que, diferentes corrientes médicas, psiquiátricas, psicológicas, socioantropológicas han intentado sistematizar, clasificar y enfrentar el problema sin embargo, la variabilidad social y personal de la sociedad expuesta al consumo de alcohol limita la posibilidad de clasificar de manera homogénea las distintas tipologías de la etiología del alcoholismo.

Dentro de la literatura se han realizado numerosos estudios con el fin de explicar los rasgos de personalidad que influyen a la predisposición al alcoholismo los cuales son los siguientes:

a) Estudios familiares

Los primeros estudios sistemáticos de las familias de alcohólicos se realizaron en el siglo XIX, pero en esta época no se había tomado tan en cuenta a las bases biológicas de la herencia. Cabe señalar que en la actualidad está determinado claramente que gran parte de los individuos alcohólicos tienen familiares de primer grado afectados (padre, madre o hermano), lo cual se clasifica como una historia familiar positiva de alcoholismo (HFP-A). Cotton y colaboradores, estimaron que una tercera parte de los alcohólicos tiene al menos un padre alcohólico. (Cotton, N, et, al, 1979.)

Cabe señalar que en la mayoría de los estudios de este tipo existe mayor prevalencia de alcoholismo en sujetos que tienen familiares alcohólicos. En el año de 1990 Merinkangas analizó todo un conjunto de estudios donde encontró que existe un promedio 7 veces mayor entre los familiares de primer grado de sujetos alcohólicos para desarrollar alcoholismo comparado con un grupo de sujetos no alcohólicos. Por otro lado está bien determinado que el alcoholismo afecta más a los hombres que a las mujeres.

El factor primordial de esta predisposición es que estos sujetos tienden a presentar una mayor cantidad de problemas relacionados con el alcohol existe una mayor cantidad de problemas durante la infancia y una edad de menor de inicio de beber que los alcohólicos sin antecedentes familiares (Goodwin D. W. 1985.) Así mismo también existen índices más altos de este problema en familias donde hay mujeres (sujetos índice) con depresión y no en familias donde coexisten varones deprimidos (Winokur G. y W. Coryell. 1991.)

Es importante mencionar que existen también otras psicopatologías que se relacionan de manera frecuente entre los familiares de los sujetos con índice de alcoholismo y son el abuso de otras drogas, la personalidad antisocial, el trastorno fronterizo (borderline) de personalidad y el trastorno de déficit de atención (Kotsen T., 1991.), (Lewis. C., 1983.) Sin embargo cabe señalar que aunque la naturaleza familiar de estas asociaciones con dichas psicopatologías específicamente los problemas afectivos, aun se consideran especulativas y son el objeto de múltiples estudios.

En el año 2004 la revista American Journal of Psychiatry publicó un artículo en el cual hace referencia al hecho de que en los descendientes masculinos y femeninos, la historia paterna de dependencia al alcohol estuvo asociada a una mayor emocionalidad negativa, agresión, reacción de estrés, y a enajenación pero un bienestar más bajo. Este mismo estudio reveló las características de personalidad asociadas a antecedentes familiares de trastornos por consumo de sustancias se encontraron incluso en descendientes adolescentes que todavía no habían desarrollado estos trastornos, sugiriendo que la personalidad puede ser un indicador del riesgo familiar para los trastornos por consumo de sustancias durante esta etapa de desarrollo. Los perfiles de la personalidad en

descendientes de padres que consumen sustancias también muestran una cierta especificidad diagnóstica, con una coacción asociada al consumo paterno de drogas y a la emocionalidad negativa con el alcoholismo paterno.

b) Estudios Genéticos

Es relevante destacar que a través de los años se ha descubierto que el factor genético es un factor determinante ya que existe un componente heredable en el trastorno del alcoholismo. En la actualidad está documentado claramente que gran parte de los individuos alcohólicos tienen familiares de primer grado, lo cual significa como una historia familiar positiva de alcoholismo. Cotton y colaboradores descubrieron que una tercera parte de los individuos alcohólicos tienen por lo menos un padre alcohólico.

A través de los años este tipo de estudios ha recibido un gran apoyo y este tipo de estudios son llamados estudios de Asociación Genética los cuales hacen uso de variantes alelicas de genes que se codifican a proteínas en función conocida del Sistema Nervioso Central (receptoras de membrana, proteínas transportadoras, enzimas del metabolismo etc.). Los genes candidatos a estudio son seleccionados en función de la posible función entre sus productos proteicos pudieran tener una fisiopatología del trastorno (Tapia, 2001.)

Se han realizado numerosos estudios donde se ha comprobado que los alcohólicos tienen una personalidad antisocial, muestran el trastorno fronterizo (borderline), y el trastorno de déficit de atención. (Medina, 1991.)

En cuanto a este tipo de estudios se ha comenzado a generar pistas las cuales podrían ser los componentes transmisibles genéticamente que afectarían la susceptibilidad de un individuo al desarrollo del trastorno. (por ejemplo rasgos de personalidad o cierta sensibilidad del individuo hacia el alcohol). Cabe reiterar que se comienza a tener información relevante acerca de los comportamientos heredables y la posible función relativa entre hombres y mujeres.

c) Estudios Psicológicos

En la literatura universal existen numerosos estudios que explican la personalidad de los alcohólicos, en la presente investigación se mencionaran las diferentes teorías así como los rasgos de personalidad que predominan en dicha adicción.

Teoría psicoanalítica del alcoholismo

En 1908 Abraham examinó, las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo. Sugiere que el alcohol, al suprimir inhibiciones, incrementa la actividad sexual, no solamente de tipo normal sino también perverso, tal como el incesto, la homosexualidad, la escoptofilia y el exhibicionismo. Destaca que las perversiones como el sadismo y el masoquismo se hacen tan manifiestas que muchos crímenes brutales se perpetran en estados de intoxicación

alcohólica. Al referirse al alcoholismo como evasión dice que el alcohólico utiliza el alcohol como medio para obtener placer sin problemas.

Los siguientes autores son citados por López en 1991 en su libro de adictos y adicciones una visión psicoanalítica.

En 1911 Ferenczi contribuye, a la psicopatología del alcoholismo con la descripción de un caso de paranoia alcohólica con delirios de celos. Piensa que entre los deseos heterosexuales conscientes y los deseos homosexuales inconscientes del paciente había un conflicto irreparable, pero sugiere que en este caso el alcohol sólo desempeñó el papel de agente destructor de la sublimación. También destaca el alcoholismo no es la causa de la neurosis, sino su consecuencia. El alcoholismo tanto individual como social sólo puede curarse con la ayuda del psicoanálisis, que revela las causas de la huida hacia el narcotismo y las neutraliza. Señala que cuando se abandona o se priva de alcohol quedan abiertos muchos caminos a disposición de la psiquis para "escapar hacia la enfermedad". En su examen de casos en una fecha posterior (1916-1917, 1919) de nuevo se refiere a la homosexualidad como problema fundamental subyacente al alcoholismo.

En 1912 Juliusburger realizó, varias contribuciones a la psicología del alcoholismo: destacando la importancia de los impulsos homosexuales inconscientes, combinada con una tendencia al autoerotismo y a la masturbación. Considera (1913) a la homosexualidad inconsciente sólo como uno de los factores del alcoholismo. Examina las tendencias sádicas de los homosexuales a menudo observable en quienes sufren de delirios celotípicos, y cree que el deseo de intoxicarse responde al deseo de perder totalmente la conciencia individual, subrayando la tendencia al suicidio.

En 1919 Pierce Clarck menciona, la importancia de las regresiones profundas en el alcoholismo, como las primitivas identificaciones con la madre combinadas con un intenso amor a sí mismo (narcisismo). Está particularmente impresionado por la relación que hay entre depresión y alcoholismo. En varios de sus investigaciones en casos de pacientes se registraron episodios depresivos irregulares pero periódicos. Describe el caso de una paciente que se entregó a la bebida por razones de soledad, depresión y falta de adecuación. Aparentemente, el hábito alcohólico se constituyó para poder sobreponerse a situaciones desagradables y para ayudarla a olvidar. Sin embargo, otro paciente, un alcohólico, se tornó cada vez más depresivo y suicida durante las etapas posteriores del ataque de borrachera. Por momentos asumía actitudes paranoides hacia las mujeres con quienes intimaba.

En 1920 Kielholz contribuyo, con muchos aportes a la psicopatología del alcoholismo y la psicosis alcohólica (delirium tremens). Considera al alcoholismo como una neurosis narcisista relacionada con la psicosis maniaco-depresiva. Menciona que después de una intoxicación alcohólica le sigue una melancolía alcohólica. Destaca la disociación entre el ideal del yo y el yo es profunda en las melancolías alcohólicas, como consecuencia de esta disociación, el instinto de muerte se vuelve contra el yo conduciendo a menudo al suicidio (trasformándolo en sadismo). Es importante mencionar que dicho

autor menciona las perversiones de los alcohólicos las cuales se relacionan con las etapas infantiles.

En 1949 Simmel examina, al alcoholismo y sus efectos sobre el yo y el superyó, y confirma la importancia de los instintos agresivos en el alcoholismo, que él supone se relacionan estrechamente con la enfermedad maniaco-depresiva. Piensa que en el alcoholismo es esencial establecer si la desintegración del yo es la causa o la consecuencia del consumo crónico de alcohol por parte del alcoholista. Depende de la extensión de la morbilidad del yo que el alcohol ayude al paciente a encontrar una adaptación artificial a la realidad exterior o que su yo esté condenado a desintegrarse en forma progresiva y a perder la guía superyoica en el enfrentamiento entre los insaciables deseos instintuales infantiles y las demandas de la realidad. Si el yo regresa más allá de las etapas fálicas, anal y oral a su más temprana etapa pre-yoica, que Simmel denomina etapa gastrointestinal, el alcohólico deviene un adicto.

En 1936 Knight contribuyó, con varios artículos acerca de la dinámica del tratamiento del alcoholismo, sosteniendo que la adicción alcohólica más que una enfermedad es un síntoma. En muchos casos se descubren tendencias psicóticas, en particular rasgos paranoides y esquizoides. Durante el período de excesiva ingestión alcohólica el paciente entra temporariamente en un estado psicótico y a menudo se registra un acting out regresivo de pulsiones inconscientes libidinales y sádicas. Pero este autor también opina que el alcoholismo representa un intento de encontrar alguna solución o cura al conflicto emocional, e intentó definir el carácter del alcohólico y describió lo que él considera una constelación familiar típica de los pacientes alcohólicos. La madre por lo general parece ser sobreprotectora e indulgente en exceso. Trata de apaciguar al niño satisfaciéndolo constantemente, de tal manera que el eventual destete del niño sólo puede significar la traición de la madre que lo condujo siempre a esperar indulgencia, y el niño intenta por todos los medios recapturar esta experiencia perdida. A lo largo de su vida tratará de obtener de la gente una indulgencia pasiva y desarrollará modos orales característicos de tranquilizarse cuando sus deseos sean frustrados, deseos que por ser tan inmensos lo más probable es que a menudo se frustren. A esto reaccionan con rabia, la cual es vivida por lo común como una insatisfacción inquietante y un agitado resentimiento interno. Toda aflicción psicológica resultante de los sentimientos de inferioridad, de la pasividad del paciente, de la frustración y de la rabia, y de la culpa o rencor, es mitigada por el pacificante alcohol. El padre del alcohólico es casi siempre frío y nada afectuoso, más bien dominante respecto de su familia e inconsistentemente severo e indulgente hacia su hijo. Por lo general hay un resentimiento y una rabia reprimidos contra esta poderosa figura paterna y a menudo la bebida represente una parte de una rebelión adolescente no resuelta contra el padre. Knight destaca que el paciente restaura al beber la profunda perturbación de su autoestima. Relaciona el deseo de beber con el antiguo deseo infantil insaciable del pecho, pero este deseo se refuerza por el desafío del paciente a la sociedad, a sus padres y por su protesta masculina. Relaciona el deseo de beber con el antiguo deseo infantil insaciable del pecho, pero este deseo se refuerza por el desafío del paciente a la sociedad, a sus padres y por su protesta masculina. Después

de beber está deprimido, con intenso arrepentimiento y asqueado con sigo mismo. También se ve aterrorizado por la peligrosa destrucción que importa la conducta a la que se ha entregado. Pero a pesar de ello conserva una confianza suprema en la magia del alcohol. El paciente se siente traicionado por el alcohol pero sufre su atracción, del mismo modo como se sintió traicionado por su madre y sin embargo la deseó con vehemencia por sus indulgencias.

En 1944 Bergler destaca, la importancia de los factores orales tempranos en la adicción alcohólica. Piensa que los alcohólicos vivieron el destete como una "malicia". Por esta razón estos pacientes quieren vengarse de su desengaño oral intentando huir de situaciones en las que son habitualmente rechazados y engañados. Cree que la bebida puede considerarse como una autocuración y reparación, al beber transforman en positiva la negativa de la madre, se sienten independiente de ella y de este modo triunfan sobre ella. Destaca que es particularmente la madre interna la que es dañada por la bebida.

En 1945 Weijl realizó, varias aportaciones al tratamiento psicoanalítico de la adicción al alcohol mencionando la importancia del principio del placer en la comprensión de la adicción alcohólica. El alcohol es empleado sobre todo para disminuir la tensión y el dolor generados por la actividad del superyó. Hace que el individuo sea menos sensible a la crítica del mundo externo, lugar de origen de donde derivó el superyó. Por medio del alcohol el superyó pierde su influencia sobre el yo logrando así superar los sentimientos de culpa pero nuevamente volverán y se convierte en un círculo vicioso.

A pesar de los diferentes factores que predisponen a que una persona consuma alcohol, es de suma relevancia destacar que los rasgos de personalidad pueden influir de manera significativa a que una persona se convierta en un alcohólico. Históricamente las investigaciones reportan una clasificación de los factores de personalidad ya que intervienen problemas psicológicos y ciertos desórdenes de personalidad los cuales son los siguientes:

En 1984, la revista *Journal of Abnormal Psychology* publicó un artículo donde se descubrió ciertas características del alcohólico en etapa activa como cambios en su comportamiento como desinhibición, si es seco suele ser afectuoso, si es tranquilo puede ser agresivo, si es introvertido se vuelve sociable. Cuando esta en desintoxicación tiene conductas autodestructivas, sentimientos de culpa. Tiene poco contacto con la realidad y a medida que avanza la enfermedad muestra rasgos esquizoides y paranoicos.

En 1990, la revista *Assesing substance use disorders in comparative Studies* publicó un estudio donde se encontró que los alcohólicos tienen un yo débil, su autoestima, su responsabilidad y su autocontrol son débiles también. Cuando la intoxicación por alcohol continúa durante el tiempo y con intensidad suficiente, desemboca en síndromes irreversibles. Uno de ellos puede ser la desintegración de la personalidad y el otro la demencia. En la desintegración de la personalidad comienza a desestructurar todo lo adquirido por la educación: normas éticas, modales.

En 1994, estudios realizados en nuestro país revelaron que casi dos tercios de los pacientes alcohólicos, tenían una historia clínica relacionada con uno o más trastornos mentales adicionales. Los trastornos mentales en las mujeres alcohólicas son agorafobia, trastornos afectivos, de la alimentación y trastornos somatomorfes. Mientras que las muestras compuestas por la mayoría de varones, se asocian más frecuentemente con: la personalidad antisocial, abuso de drogas y trastorno por angustia. La edad también desempeña un papel muy importante a la hora de establecer el inicio de los trastornos; así, en jóvenes y adolescentes, los trastornos afectivos y de ansiedad aparecen como previos al abuso de sustancias, situación que no ocurre en las muestras de adultos.

La prevalencia y significancia clínica de pacientes con trastornos psiquiátricos y uso de sustancias, han sido reconocidas como primario. En términos de cronología, 29% de los pacientes con trastorno psiquiátrico primario, tienen un trastorno secundario por uso de sustancias; 37% de los pacientes con alcoholismo primario tienen un trastorno psiquiátrico secundario. En general, los estudios reportaron que el estatus marital en los sujetos con problemas por alcohol, fue con más frecuencia solteros, divorciados o separados. (Ramírez J., Díaz A., Gutiérrez J., Alfaro J. Y Iñiguez O. 2002.)

En 1995, la revista *Journal of personality and social psychology* publicó un artículo donde se descubrió ciertas características de personalidad de los alcohólicos las cuales son las siguientes: Inmadurez e inestabilidad emocional, dependencia emocional, necesidad de llamar la atención, incapacidad para amar, para dar y recibir, problemas sexuales tales como homosexualidad latente, promiscuidad o inseguridad sexual, soledad, escéptico, diferente, ajeno a todo, impulsivo, fantasioso y con poca tolerancia a la frustración.

En 1996, la revista *Psychology of addictive behaviors* menciona que el consumo de alcohol contribuye a un amplio rango de problemas psiquiátricos en particular a trastornos como la depresión, el trastorno de la personalidad antisocial. Cabe mencionar que en los estudios de comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo demuestran que las tasas en ámbitos de tratamientos son dos veces y media más altas que las encontradas en muestras comunitarias. (Kidford M. Y Lang A. 1999.)

En 2003, la revista *Addictive Behaviors* menciona en la época de la adolescencia cuando se tienen los primeros contactos con el alcohol en esta etapa el adolescente es inmaduro emocional, lleno de complejos y limitaciones en sus relaciones interpersonales, al experimentar con el alcohol, descubre una sustancia maravillosa que transforma su personalidad y lo convierte de tímido en audaz, de cobarde en valiente, de introvertido en extrovertido, de antipático en simpático y de lacónico en locuaz. (Light J. Grube J. , Madden P. ,Gover J. 2003.)

En 2004 la revista *Liberadicictus* publicó que el alcoholismo es una enfermedad que produce un desgaste físico y psicológico impresionante. La principal característica del desgaste psicológico del alcohólico es la parálisis de su desarrollo emocional. Es decir, un alcohólico activo no crece

emocionalmente esta psicológicamente atrofiado porque para enfrentar los diferentes conflictos de su vida o para evadirse de ellos, ha recurrido siempre a la muleta emocional del alcohol. Por lo tanto, en el alcohólico se presentan serias limitaciones en el proceso de madurez de su personalidad, que eventualmente lo llevaron al desarrollo de su alcoholismo, y a su vez se produce un estancamiento en el crecimiento emocional.

Adicción al tabaquismo

El tabaquismo es la causa número uno de muertes que se podrían prevenir. En México el tabaco es una de las sustancias adictivas más utilizadas. Desde 1971, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) demostró que las prevalencias de tabaquismo en nuestro país eran de 44.7% para varones y 16.5% para mujeres por supuesto que a lo largo del tiempo estas cifras van en aumento, los datos más recientes son los de la Encuesta Nacional Contra las Adicciones de 1998 donde se reporta que el 27.7 de la población urbana entre los 18 a los 65 años son fumadores, lo que representa la existencia de más de 13 millones de fumadores, de estas personas el 52% fuma todos los días y la mayoría de estos tienen un consumo entre uno o cinco cigarros.

En México el tabaquismo mata diariamente a 147 personas, el número total de muertes atribuibles al tabaquismo por enfermedades asociadas es más de 53 mil al año. (Encuesta Nacional Contra las Adicciones ENA boletín informativo 2002.)

- **Definición de tabaquismo**

El tabaquismo es una enfermedad sistémica progresiva debido a la adicción a la nicotina. Se define como una enfermedad multifactorial ya que afecta a la mayor parte de los sistemas y órganos de las personas que lo consumen el daño que se hace el fumador es irreversible.

El tabaco proviene de una planta llamada *Nicotiana Tabacum*, la cual actúa sobre los ganglios autonómicos. La nicotina llega al sistema nervioso central principalmente al núcleo acumbens y el núcleo cerelus y actúa como una droga estimulante.

- **Diagnóstico Nosológico**

Este diagnóstico permite conocer los efectos psicológicos, conductuales y fisiológicos que el tabaquismo causa en el ser humano y que actúan en el sistema nervioso central y en diferentes órganos, aparatos y sistemas corporales.

A continuación se describen los criterios de diagnóstico del tabaquismo por parte del CIE-10 y del DSM- IV:

CIE-10

A. Debe haber presencia clara de consumo reciente de cigarrillos (y en su caso ingestión de tabaco) en dosis suficientemente elevadas como para dar lugar a intoxicación.

- Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia, que sean de suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de consciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento de relevancia clínica
- Los síntomas y signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otros trastorno mental o del comportamiento
- La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan además otros problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos. Se deben tener en cuenta los problemas como el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el trastorno psicótico.

B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades de la percepción como evidencia por al menos uno de los siguientes:

- Sueños extraños
- Insomnio
- Labilidad afectiva o inestabilidad del humor
- Desrealización
- Interferencia con el funcionamiento personal

C. Al menos uno de los siguientes signos debe estar presente:

- Nauseas o vómito
- Diaforesis
- Taquicardia y arritmias cardiacas

DSM-IV

A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas

B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:

- Estado de ánimo disfórico o depresivo
- Insomnio
- Irritabilidad, frustración o ira
- Ansiedad
- Dificultades de concentración
- Inquietud
- Disminución de la frecuencia cardíaca
- Aumento del apetito o del peso

C. Los síntomas del criterio b provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Rasgos de personalidad en el fumador

La predisposición a que los individuos se vuelven fumadores es multifactorial ya que, diferentes corrientes médicas, psiquiátricas y sociales han intentado sistematizar, clasificar y abordar el problema sin embargo, la variabilidad social y personal de la sociedad expuesta al consumo de tabaco limita la posibilidad de clasificar de manera homogénea las distintas tipologías de la etiología del tabaquismo.

Se han realizado numerosos estudios con el fin de explicar los rasgos de personalidad que influyen a la predisposición al tabaquismo los cuales son los siguientes:

a) Estudios familiares

En 1989, la revista *Journal School Health* se determinó que cuando los padres no son fumadores y no aprueban que sus hijos fumen, solo el 10.3% de los adolescentes serán fumadores. Sin embargo si los padres son fumadores y se muestran indiferentes al tabaquismo de sus hijos el 32.5% de los adolescentes fumará.

En 1998, la revista *Tobacco control* publicó un artículo donde se descubrió que la influencia de los amigos y la familia es un determinante para iniciar la adicción al tabaquismo ya que los hijos de padres fumadores ven normal esta adicción que es totalmente aceptada en el núcleo familiar.

b) Estudios Genéticos

La predisposición para ser fumador de acuerdo a particularidades de su personalidad, y el factor genético que regula la producción de la enzima CYP2A6 que interviene en el metabolismo de la nicotina. Los genes que controlan esta enzima pueden hacer que su producción sea insuficiente, en algunas personas, y la nicotina no se metaboliza adecuadamente siendo así menos probable que la persona se haga adicta (Heath A. C. y Martin N. G. 1993.)

En la actualidad se descubrió que la exposición involuntaria al humo del cigarrillo es un estímulo para la formación de receptores nicotínicos en el sistema nervioso central (Slotkin TA, 2002.) y otras partes del organismo (Conklin BS, 2002.) Estos estudios explican la predisposición de los hijos de los fumadores.

c) Estudios Psicológicos

También existen numerosos estudios que explican la personalidad del fumador en la presente investigación se mencionaran las diferentes teorías así como los rasgos de personalidad que predominan en dicha adicción.

Teoría psicoanalítica

La conducta de fumar se basa en experiencias y causalidades que cada ser trae desde la infancia, con una tendencia que se encuentra ligada al desarrollo de la personalidad. Experiencias que, en diversos momentos de la vida dejan huellas psicológicas que pueden provocar, consciente o inconscientemente, estados emocionales capaces de generar conductas de amor y odio (López R. 1991.)

Se puede afirmar que desde el punto de vista psicológico el tabaquismo es una conducta de riesgo con rasgos infantiles asociados a un instinto oral, motivaciones internas y actitudes agresivas inconscientes, que tienen origen en experiencias gratificantes y hostiles (Meltzer, 1974.)

En el tabaquismo aparecen las vivencias gratificantes y hostiles como una ambivalencia del sujeto fumador, manifestando una falta de madurez de la personalidad, que antepone su vivencia gratificante oral al fumar sin respetar la salud de los demás, como una actitud de malestar -hostilidad hacia quienes lo rodean.

Debido a que el tabaquismo es una conducta oral en el año de 1970 Smith encontró que en el fumador existe un impulso para satisfacer esa necesidad oral independientemente a la del hambre la cual se relaciona con las necesidades emocionales, como el succionamiento de un niño por el dedo pulgar o el pecho materno por lo tanto existe un desplazamiento de una etapa oral mal llevada o que no es superada por el individuo.

Teoría conductista

Las teorías conductistas y del aprendizaje explican el desarrollo del hábito del fumador argumentando que este se aprende como cualquier otra conducta. El cual esta determinado por el balance entre los reforzadores positivos y los reforzadores negativos, los patrones de reforzamiento cambian en la medida en la que la adicción se desarrolla partiendo desde el inicio hasta la actualidad de la dependencia (O Connor y Kieron, 1985.)

Rasgos de personalidad del fumador

Las primeras investigaciones donde se evaluaron los rasgos de personalidad del fumador se hicieron con el MMPI-1 y otras pruebas psicometricas así como también estudios de seguimientos de adolescentes. A continuación se describirán cada uno de los resultados de dichos estudios:

En el año de 1974 Matarazzo , Saslow y Williams Dunn realizaron, una síntesis de los estudios de rasgos de personalidad en los fumadores los cuales son los siguientes: Los fumadores tienen mayor tendencia a ser independientes (Pflaum, 1965);son más activos y enérgicos, les encantan las situaciones de riesgo, (Straits, 1965); mayores niveles de ansiedad (Walker, Nicolay, Klunczny y Reidel, 1969); mayores tendencias antisociales, con una puntuación en la escala de Introversión y Extroversión del MMPI-1, una salud mental pobre, menos rígidos y ordenados y más impulsivos, poco emocionales, menos agradables y con poca fuerza en su carácter, gran afinidad por el control externo que por el control interno (Smith, 1970.)

En 1967 Higgins y colaboradores realizaron, un estudio donde se determino que tienen mayor consumo de alcohol y son menos dedicados a los servicios religiosos.

En 1973 Sherphord, Rode y Ross describen, a los fumadores con una personalidad pretoxicomana, cuyos individuos son inseguros, con poca tolerancia a la frustración, dependientes afectivamente, carentes de control interno e inmaduros en general. Los hombres fumadores son tímidos e imaginativos con una tensión muy marcada y una gran falta de autodisciplina y las mujeres muestran conducta ordinarias, son dogmáticas, tercas, directas y autosuficientes. Dichos investigadores piensan que el fumar esta relacionado en realidad con un carácter dependiente femenino en los hombres y con características masculinas agresivas.

En 1977 se realizó, una encuesta en América latina donde el 75 % de los fumadores manifestaron que el cigarro los ayuda a tranquilizarse y el 77% afirmaron que el fumar les causaba placer, el 38% de los hombres y el 46% de las mujeres afirmaron que el fumar los hacía sentirse más seguros. El 25 % de los fumadores entrevistados afirmaron que encontraban con más hombría a los fumadores del sexo opuesto sin embargo esta opinión fue menor en los hombres en un 19% mientras que en las mujeres el 25% piensan que lucen más atractivas cuando están fumando. (OPS, 1999.)

En 1991 se encontró, que existe una relación clara entre estrés y tabaquismo. En el 2002 se realizó un estudio de laboratorio donde se confirmó que el estrés dispara la conducta de fumar y que este y su efecto negativo están asociados para incrementar esta conducta y la necesidad del fumar. Una explicación a este vínculo es que el fumar ayuda a los fumadores a manejar estados emocionales negativos y que al fumar logran controlar sus estados de tristeza, enojo, coraje y la ansiedad (Niura y cols. 2002.)

En 1993, la revista científica de *Am J Psychiatry* publicó un estudio donde se descubrió que tanto en hombres como en mujeres existe una relación entre el desorden de la ansiedad generalizada y el tabaquismo. En ese mismo año dicha revista publicó que los individuos que padecen de depresión mayor tienen una tendencia significativa a convertirse en fumadores en comparación a la población general. Cabe mencionar que los fumadores tienen mayor probabilidad de tener una historia de depresión que los no fumadores y que la nicotina actúa como un antidepresivo en algunos fumadores.

En 1994, la revista *Critical Issues in the treatment of affective disorders* publicó que los fumadores tienen niveles más altos de sintomatología psiquiátrica.

Se descubrió que los adolescentes tienden a reunirse con otros chicos que fuman y que estos suelen tener una imagen devaluada de sí mismos (Covey, 1994.)

En 1996, la revista *J Clin Psychol* publicó que los fumadores pueden estar en alto riesgo de desarrollar depresión y que este riesgo se incrementa cuando dejan de fumar.

En 1997, un análisis de regresión múltiple mostró que el retraso mental leve y el diagnóstico de esquizofrenia son predictores significativos de tabaquismo.

En ese mismo año se descubrió que los fumadores tienen un coeficiente intelectual más bajo y un rendimiento académico más bajo en comparación a los no fumadores. (Staker y Bartmann, 1997.)

En 1999, se descubrió que el tabaquismo está estrechamente asociado a la baja escolaridad. Por ejemplo la prevalencia de fumadores analfabetas es de 64%. En aquellos que tienen menos de 6 años de estudios es del 58%, en los que tienen entre 6 y 12 años de estudios de 42% y de 21% en aquellos que tienen más de 12 años de estudios (Curbing the epidemic. Governments and the economics of Tobacco Control. A world bank publication. 1999.)

En 2001, existen estudios que sugieren que la relación entre el uso de tabaco y problemas emocionales es dinámico. Inicialmente los problemas emocionales propician el consumo y posteriormente el consumo predispone los problemas emocionales. (Ellikson PL y Jinnett K. 2001).

En 2002 se descubrió, que la nicotina es una droga adictiva que tiene propiedades antidepresivas por lo tanto es posible que en los adolescentes

provoque efectos antidepresivos que propicien sensaciones agradables que acompañan a las de recompensa. Esta suma de sensaciones hace que los fumadores jóvenes se vuelvan adictos posteriormente. (Mansvelder HD. 2002).

Por lo anterior el tabaquismo es más frecuente en los pacientes psiquiátricos que la población general. Los fumadores tienen tasas más altas de antecedentes vitales de depresión mayor, abuso y dependencia al alcohol y drogas, agorafobia, personalidad y trastornos de personalidad inestable y propensa a la actuación y personalidad ansiosa y temerosa. Cabe mencionar que en estudios recientes se descubrió que las tasas de prevalencia de depresión y de trastornos de angustia son elevadas en comparación a la población general pero no llegan a las tasas de prevalencia sumamente altas comunicadas entre pacientes esquizofrénicos ambulatorios (74-88%) (Bejerot y cols, 2001). También se ha demostrado que los fumadores tienen aumento para cometer conductas riesgosas y son impulsivos, además la hostilidad, la extraversión, el comportamiento poco convencional y las tendencias antisociales son predictores de la iniciación del tabaquismo. Sin embargo también se ha demostrado que los pacientes que padecen el trastorno obsesivo compulsivo la prevalencia del tabaquismo es menor en comparación con otros trastornos psiquiátricos. (Baer y cols. 1998.)

MÉTODO

La personalidad abarca un gran sistema de estructuras que son fundamentales en el comportamiento y en el desarrollo de un individuo resulta relevante el estudio de la personalidad ya que si esta se encuentra afectada el individuo no actuará adecuadamente.

La interacción entre la conducta y la personalidad puede provocar también trastornos de la conducta como las adicciones. La adicción es una enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social ya que hasta ahora no hay una conclusión de que factor predisponga a una adicción a ciertas sustancias por lo tanto puede ser por factores biológicos, los cuales se refieren al efecto que tiene la sustancia en el organismo de la persona; genéticos como a la predisposición genética del organismo con las sustancias adictiva; psicológicos que influyen ciertos rasgos de personalidad que predispongan a una adicción; socio-culturales y familiares que se unen en una interacción multisistémica produciendo primero la predisposición y luego con la exposición al factor desencadenante. Es importante mencionar que las causas de la adicción son múltiples e interaccionan de una manera compleja para producir el desorden adictivo.

Por lo anterior debido a que la etiología de las adicciones son un fenómeno complejo el motivo de interés de este estudio es analizar las adicciones a través de los factores psicológicos estudiando que rasgos de personalidad son característicos en adicciones al tabaco, alcohol y sujetos que no son adictos (abstemios y no fumadores) a estas sustancias ya que actualmente se sabe que el consumo del tabaco, alcohol, es un problema serio de salud pública en nuestro país, el 27.7% de los mexicanos fuman, lo que representa la existencia de más de 13 millones de fumadores, de estas personas el 52% fuma todos los días (Encuesta Nacional Contra las Adicciones ENA, 1998). En cuanto al alcohol esta enfermedad afecta al 10% de nuestro país entre los 18 y los 65 años.

Esta investigación utilizó como instrumentos el cuestionario de Patrón de consumo el cual ayuda obtener datos sociodemográficos y da una perspectiva acerca de los antecedentes del sujeto respecto a su adicción. Y el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI2 el cual permite evaluar trastornos de personalidad de una manera objetiva y adecuada en la detección de síntomas y signos de los trastornos de personalidad ya que el objetivo principal del estudio fue determinar los factores de personalidad que desarrollan un papel importante en las adicciones, teniendo en cuenta que algunas características de la personalidad, tales como la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para lidiar con los sentimientos propios, son factores que facilitan la aparición del desorden adictivo; sin olvidar que ningún estudio ha podido ser preciso en la existencia de una "personalidad adictiva". Y la experiencia clínica demuestra que existen adictos con diversos tipos de personalidad (CONADIC Boletín Especial, 2002.)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la presente investigación se trabajo con un estudio comparativo para conocer el perfil de personalidad de adultos en ambos sexos adictos al alcohol, adictos al tabaco y como dicho perfil es influido por el patrón de consumo, en contraste con los adultos de ambos sexos abstemios.

OBJETIVOS

1. Comprobar si existen diferencias del perfil de personalidad entre sexos, conforme a la edad, la escolaridad, el estado civil, en la adicción al tabaco, al alcohol, y abstemios.
2. Conocer si existen diferencias entre los perfiles de personalidad a través del cuestionario de investigación del patrón de consumo de tabaco y de alcohol. De acuerdo a la edad de inicio del consumo de su adicción, al motivo de inicio, a la cantidad de consumo y a los años de su adicción en los grupos de mujeres y hombres alcohólicos y en las mujeres y hombres fumadores.
3. Evaluar si existe un perfil de personalidad en cada una de los grupos.

HIPÓTESIS

Hipótesis de Investigación. La aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI2 podrá determinar un perfil de la personalidad en las personas adictas al alcohol, al tabaco y las personas no adictas.

Hipótesis Nula (Ho). No existen diferencias en los perfiles que determinen una personalidad adictiva a través de la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI2.

Hipótesis Alterna (H1). Si existen diferencias en los perfiles que determinen una personalidad adictiva a través de la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI2.

Hipótesis Nula (Ho). No existen diferencias entre los puntajes de las escalas básicas, de contenido y suplementarias entre un grupo de personas adictas al alcohol, tabaco y sujetos no adictos.

Hipótesis Alterna (H1). Si existen diferencias en las escalas básicas, de contenido y suplementarias entre un grupo de personas adictas al alcohol, tabaco y sujetos no adictos.

Hipótesis Nula (Ho). No existen diferencias en las escalas básicas, de contenido y suplementarias entre sexo, edad y escolaridad en cada una de los tres grupos.

Hipótesis alterna (H1). Si existen diferencias en las escalas básicas, de contenido y suplementarias entre sexo, edad y escolaridad en cada uno de los tres grupos.

Hipótesis Nula (Ho). No existen diferencias en las escalas básicas, de contenido y suplementarias a través del cuestionario de investigación del patrón de consumo entre la edad de inicio, el motivo de inicio, la cantidad de consumo y los años de su adicción entre el grupo de los fumadores y el grupo de los alcohólicos.

Hipótesis alterna (H1). Si existen diferencias en las escalas básicas, de contenido y suplementarias a través del cuestionario de investigación de patrón de consumo entre la edad de inicio, el motivo de inicio, la cantidad de consumo y los años de su adicción entre el grupo de los fumadores y el grupo de los alcohólicos.

VARIABLES

Variable dependiente. La presencia de un perfil de personalidad específico de y características del patrón de consumo.

Variable independiente. Respuestas al Inventario Multifacético de la Personalidad y respuestas del cuestionario de investigación del patrón de consumo.

Variables atributivas. Edad, sexo, escolaridad, estado civil y adicción.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variable dependiente. Los rasgos de personalidad que se determinen del Inventario Multifacético que fue diseñado para evaluar diferentes tipos de personalidad como desórdenes emocionales (Hathaway y Mckinley, 1992.) Los antecedentes desde el inicio de la adicción hasta la fecha que se determinan con el cuestionario de investigación del patrón de consumo.

Variable independiente. Se refieren a los rasgos psicopatológicos que mide el Inventario Multifacético de la personalidad, que influyen en el consumo a ciertas sustancias es decir los factores que conllevan a una adicción (Landeró L. y Lizca L. 1998). En cuanto al cuestionario de investigación del patrón de consumo se refiere a las respuestas de los antecedentes de su adicción. Y que se conocen a través de las respuestas en ambos instrumentos.

Perfil de personalidad: Es un conjunto de síntomas y signos de la personalidad el cual permite determinar ciertos rasgos de personalidad en los individuos.

Escalas Básicas: En esta escala se evalúan rasgos clínicos básicos los cuales son los siguientes: la hipocondriasis, depresión, histeria, desviación

psicopática, masculinidad y femineidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social (Hathaway y Mckinley, 1992.)

Escala de contenido: El uso de esta escala es utilizado para precisar o refinar el significado de las elevaciones en las escalas clínicas. Mide conductas sintomáticas internas, externas, autoconcepto negativo, área de problemas generales (Hathaway y Mckinley, 1992.)

Escala suplementarias tradicionales y adicionales: El uso de esta escala es utilizado para material interpretativo para las cuatro escalas del inventario y es en general más completo para medidas más novedosas. Mide ansiedad, represión, fuerza del yo, la escala de alcoholismo Mac Andrew, hostilidad reprimida, dominancia, responsabilidad, desajuste profesional, género masculino y femenino, desorden de estrés postraumático de Keane y de Schelenger (Hathaway y Mckinley, 1992.)

Adicción al alcoholismo: Enfermedad progresiva que se produce por la ingesta excesiva de alcohol. Esta considera como una droga de tipo depresora (psicolépticas) y esta produce alentamiento de la actividad nerviosa y disminuye el ritmo de las funciones corporales (Observatorio Mexicano de alcohol, tabaco y otras drogas, 2002.)

Adicción al tabaquismo: Enfermedad de daño multisistémico producida por la adicción que causa la nicotina en el organismo (Observatorio Mexicano de alcohol, tabaco y otras drogas, 2002.)

Abstemio: Persona que nunca en su vida ha tomado alcohol y no lo hizo en el último año (Encuesta Nacional Contra las adicciones, 2002.)

No Fumador: Individuo que nunca en su vida ha consumido cigarrillos (Encuesta Nacional Contra las adicciones, 2002.)

VARIABLES ATRIBUTIVAS:

Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento, duración de la vida. Medida de la capacidad para desempeñar el entorno físico y social. (Larousse, 2002.)

Adulthood: Etapa de desarrollo de un individuo donde se sientan las bases del funcionamiento físico para el resto de la vida, la cual tiene sus propias normas sociales, papeles, oportunidades y desafíos (Papalia, 2001.)

Sexo. Condición orgánica que distingue a los sexos en cuanto a su anatomía de su aparato reproductor de mujeres y hombres (Anastasi, 1998.)

Escolaridad: Grado del nivel académico que curso un individuo (Larousse, 2002).

Estado civil: Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio (soltero, casada, viuda etc) y con el parentesco (padre,

madre, hijo, hermano, abuelo etc). El estado civil de una persona tiene las siguientes características: toda persona tiene un estado civil, es uno e indivisible, es permanente ya que no se pierde mientras no se obtenga otro y las leyes del estado civil son de orden público, es decir no se transfieren, no se transmiten y no se renuncia (Larousse, 2002).

Adicción. Es una dependencia a una droga o sustancia que es un estado psíquico y a veces físico que resulta de la interacción del organismo viviente entre una droga o sustancia.

Los criterios de la dependencia del abuso a estas sustancias según la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) es en cuanto al consumo son:

1. Un deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla en cualquier medio.
2. Tendencia a incrementar la dosis.
3. Dependencia Física y dependencia psicológica, con síndrome de abstinencia por la suspensión abrupta de la sustancia.
4. Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

Patrón de consumo: Antecedentes desde el inicio de una adicción hasta la fecha (ENA, 2002).

Edad de inicio de la sustancia: Etapa de desarrollo en la que se encuentra un individuo en la cual comienza a ingerir una sustancia (ENA, 2002).

Motivo de inicio: Característica que predispone a un individuo en la ingesta de una sustancia adictiva (ENA, 2002).

Cantidad de consumo: Número de ingesta del individuo de una sustancia adictiva por día (ENA, 2002).

Años de adicción: Tiempo transcurrido en el cual el individuo comienza a ingerir una sustancia hasta la fecha (ENA, 2002).

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variable dependiente: Perfil de personalidad son las respuestas al Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-2 en cada una de las escalas. Antecedentes desde el inicio de la adicción hasta la fecha son las respuestas de l cuestionario de investigación del patrón de consumo.

Variable independiente: Respuestas a las escalas del Inventario y al cuestionario del patrón de consumo.

Edad. Cantidad de años cumplidos el día de la aplicación del estudio de los 20 a los 60 años.

Adultez: de acuerdo a Diane Papalia (2001): temprana (20 a 40 años), intermedia(40 a 65 años) y tardía (65 años en adelante).

Sexo. Masculino, Femenino.

Adicción. Alcohol, tabaco.

Edad de inicio: Adolescencia temprana, media y tardía.

Motivo de inicio: curiosidad, imitación, rebeldía, soledad, por influencia de los amigos y para sentirse más seguro.

Cantidad de consumo de su adicción por día: alcohólicos (frecuentes, consetudinarios, fumadores (leves, moderados, severos).

Años con su adicción: de los 10 a lo 20 años de consumo, de los 20 a los 30 años de consumo, 30 a 40 años de consumo , 40 años en delante de consumo.

POBLACIÓN

El porcentaje de consumo a nivel nacional reportado por la Encuesta Nacional Contra las Adicciones 2002 reporto que la prevalencia total de fumadores en las zonas urbanas es de 30.2% lo que equivale a casi 13 millones de fumadores adultos lo que supera a la media nacional 26.4 % para la población de 12 a 65 años. La mayor prevalencia corresponde a 45.3% al sexo masculino y el 18.4 % en el sexo femenino. En cuanto al consumo de alcohol en nuestro país 32,315, 760 personas entre los 12 y los 65 años.

TIPO DE MUESTRA

La muestra fue accidental porque la población a la que se tuvo acceso se tomó del Centro donde se obtuvo el permiso. (Kerlinger 2002). Fue un muestreo por conveniencia, es decir no aleatorizado porque no se sorteó sino que se les aplicó a todas las personas que solicitaron ayuda para su adicción en Instituciones ya mencionadas (Kerlinger, 2002).

Tamaño de la Muestra. El total de la muestra fue de 90 personas. La aplicación del Inventario se realizó en el grupo de Alanon para los sujetos alcohólicos y la muestra para los sujetos fumadores (se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) aplicándose a un grupo de 30 fumadores (15 hombres y 15 mujeres), 30 sujetos con adicción al alcohol, (15 hombres y 15 mujeres) y la misma población para el grupo de personas que no son adictas (abstemios y no fumadores).

SUJETOS

En esta investigación participaron 90 sujetos divididos en tres grupos, 30 sujetos alcohólicos (15 hombres y 15 mujeres), 30 sujetos fumadores (15 mujeres y 15 hombres), 30 sujetos abstemios (15 mujeres y 15 hombres), con un rango de edad de 18 años a 60 años, con un nivel de escolaridad de secundaria, preparatoria y licenciatura y su estado civil solteros, casados, unión libre y divorciados.

ESCENARIO

El presente estudio se realizó en el centro de Alcohólicos Anónimos del Pedregal ubicado en avenida de las Fuentes esquina con Boulevard de la Luz (donde se obtuvo la muestra de los hombres y mujeres alcohólicas) y en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ubicado en calzada de Tlalpan # 4502 col. Sección XVI en la Clínica para dejar de fumar (donde se obtuvo la muestra de los hombres y las mujeres fumadoras y la muestra de los hombres y mujeres abstemias eran familiares que acompañaban a los fumadores); aplicándose a todos los sujetos que decidieron participar en la investigación.

TIPO DE ESTUDIO

Fue un estudio comparativo, ya que este permite evaluar las características y diferencias entre los grupos(Kerlinger, 2002). Fue un estudio de campo también porque el estudio se llevó a cabo en un ambiente natural (Kerlinger, 2002).

DISEÑO

Fue un estudio cuasiexperimental ya que el estudio manipuló la variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables, además los sujetos no fueron asignados al azar a los grupos ni emparejados, sino que dichos grupos ya se encontraban formados antes del estudio (experimento), es decir eran grupos intactos porque la razón por la que surgieron y la manera como se formaron fueron independientes o aparte del experimento(Sampieri 1998).

INSTRUMENTOS

1.Cuestionario de investigación del patrón de consumo de tabaco, alcohol, y sujetos no adictos.

Objetivo: Este cuestionario fue una herramienta que se diseñó con el propósito de obtener los datos sociodemográficos de los sujetos y de investigar acerca de cual era su patrón de consumo a la sustancia a la que son adictos. Este

cuestionario se aplicó con el fin de obtener una información acerca del patrón de consumo de los sujetos adictos al alcohol, cocaína, tabaco y cocaína. Este cuestionario contó con los siguientes apartados:

- Características Sociodemográficas: Nombre, edad, sexo, dirección, teléfono, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de nacimiento.
- Antecedentes de su adicción: ¿A qué edad empezó su adicción?, ¿Qué lo motivó a consumir esa sustancia?, cantidad de consumo de su adicción por día, años de consumir esa sustancia.

Autor: Fue diseñado para obtener información en la Clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. En el año de 1990.

Forma De Aplicación: Este cuestionario se aplicó a los pacientes que aceptaron participar en la investigación y se les entregó la hoja del cuestionario, se les pidió que leyeran las instrucciones para que lo contestaran en forma individual.

2. Inventario Multifasético de Personalidad de Minnesota MMPI-2

En este estudio se utilizó el MMPI-2 versión mexicana, el cual fue estandarizado en 1992 por Lucio. Consta de 567 reactivos. Esta versión incluye nuevas escalas como son las escalas suplementarias que enriquecen la interpretación de las escalas básicas, así como para ampliar el conocimiento de problemas de desórdenes clínicos y las escalas de contenido que son válidas para la descripción y predicción de las variables de personalidad. (Ver tabla 2).

Objetivo: El MMPI-2 es una prueba de amplio espectro diseñada para evaluar un número importante de tipos de personalidad y desórdenes emocionales. Puede aplicarse fácilmente tanto en forma individual como colectiva. Requiere que los sujetos tengan un nivel de lectura de segundo de secundaria, así como su cooperación y su dedicación hacia la tarea de contestar el inventario. La prueba en sí misma proporciona la manera de verificar si estos requisitos no se han cumplido. El MMPI-2 proporciona puntajes y perfiles derivados de normas nacionales representativas. Se dispone también de los resultados de muchos años de investigación sobre las escalas y sus patrones de interrelación para orientar la interpretación de las puntuaciones de la prueba MMPI-2., además el usuario de la prueba puede pedir los reclutados interpretativos a Estados Unidos los servicios interpretativos por computadora, diseñados para proporcionar un extenso rango de hipótesis acerca de un diagnóstico y de evaluación. (En México la Universidad Nacional Autónoma de México ofrece la calificación computarizada del MMPI-2). Las investigaciones publicadas sobre el MMPI original proveen una gran cantidad de datos de la manera en que se puede aplicar el MMPI-2 en varias situaciones de evaluación.

Autor: Starke R. Hathaway en el año de 1940.
Núñez en el año 1968.

Butcher, Dahlstrom y Graham MMPI-2 en 1990.
Lucio MMPI-2 Versión Mexicana en el año de 1994.

<u>ESCALAS BÁSICAS</u>	<u>ESCALAS SUPLEMENTARIAS</u>	<u>ESCALAS DE CONTENIDO</u>
<p>De validez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L de mentiras (L) • F infrecuencia (F) • K corrección (K) • Inconsistencia de respuestas variables (INVAR) • Inconsistencia de respuestas verdaderas (INVER) • F posterior (Fp) <p>Clínicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1) Hipocondriacas (Hi) • (2) Depresión (D) • (3) Histeria (Hs) • (4) Desviación psicopática (Dp) • (6) Paranoia (Pa) • (7) Psicastenia (Pt) • (8) Esquizofrenia (Es) • (9) Hipomanía (Ma) <p>Adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (5) Género femenino (GF) • (6) Género masculino (GM) • (0) Introversión y extroversión (Is) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad A (A) • Represión R (R) • Fuerza del Yo Fyo (Es) • Alcoholismo de Mc. Andrew A-Mac (MAC-R) • Hostilidad reprimida Hr (O-H) • Dominancia Do (Do) • Responsabilidad social Rs (Re) • Desadaptación profesional Dpr (Mt) • Género masculino y femenino Gm y Gf (GM-GF) • Desorden de estrés postraumático de Keane EPK (Ps) • Desorden de estrés postraumático de Schlenger EPS (Pk) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad ANS (ANX) • Miedos MIE (FRS) • Obsesividad OBS (OBS) • Depresión DEP (DEP) • Preocupación por la salud SAU (HEA) • Pensamiento delirante DEL (BIZ) • Enojo ENJ (ANG) • Cinismo CIN (CYN) • Prácticas antisociales PAS (ASP) • Personalidad tipo A (PTA) (APT) • Baja autoestima BAE (LSE) • Incomodidad social ISO (SOD) • Problemas familiares FAM (FAM) • Dificultad en el trabajo DTR (WRK) • Rechazo al tratamiento RTR (TRT)

Forma de aplicación: Se entregó un cuadernillo de aplicación y una hoja de respuestas a cada participante, se les pidió que leyeran las instrucciones y que expusieran cualquier duda.

Forma de calificación: La forma para calificar el inventario fue revisar cada una de las escalas por medio de plantillas o de lector óptico donde se elaboró el perfil de cada escala y después se comprobó la validez de la prueba por medio de las escalas de corrección del Inventario. Al final se hizo una evaluación de todas las escalas obteniendo un perfil de personalidad y se describieron cada uno de los rasgos de personalidad de las adicciones.

PROCEDIMIENTO

Se trabajó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias para aplicar a los fumadores 15 hombres y 15 mujeres que corresponden al grupo experimental y a los sujetos no adictos 15 hombres y 15 mujeres que pertenecen al grupo control (familiares que acompañen a los fumadores que deseen colaborar en la investigación), a los alcohólicos en el grupo de Alcohólicos Anónimos del Pedregal.

Se les preguntó a los pacientes si querían participar en el estudio y se les explicó en qué consistía este estudio, posteriormente se les entregaba el

cuestionario de investigación de patrón de consumo el cual constaba de las siguientes instrucciones:

- A continuación se le presentan las siguientes preguntas por favor conteste con sinceridad, la información de este cuestionario es confidencial.

Posteriormente se les entregaba el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 y se les aplicaba dándoles las siguientes instrucciones:

1. En este cuadernillo le presentamos una serie de enunciados o proposiciones numeradas, acerca de lo que la gente piensa o le gusta. Lea cada una de ellas y decida si es verdadera o es falsa en referencia a usted.
2. No escriba en este cuadernillo. Anote sus contestaciones en la hoja de respuestas correspondiente.
3. Si un enunciado, aplicado a su situación personal, es en la mayoría de los casos verdadero, rellene el círculo marcado con letra V (verdadero), tal como se muestra en el ejemplo A, que ésta a la derecha de esta hoja. Si un enunciado aplicado a su situación personal es en la mayoría de los casos falso rellene el círculo marcado con la letra F (falso), tal como ésta en el ejemplo B. Por favor no marque verdadero y falso al mismo tiempo en ninguna de las preguntas. Si la frase no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce, no haga marca alguna en la hoja de respuestas. Sin embargo trate de dar una respuesta en cada una de las frases.
4. Recuerde dar su opinión acerca de sí mismo. Procure hacerlo lo mejor posible.
5. Al marcar sus contestaciones en la hoja de respuestas asegúrese de que el número del enunciado concuerde con el número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera modificar.
6. Recuerde, trate de dar respuesta a cada uno de los enunciados. Trabaje rápido y con cuidado.
7. Ahora abra su cuadernillo y empiece.

Posteriormente se calificó y codificó cada una de las respuestas para su procesamiento estadístico, mediante el programa SPSS versión 5.

ANALISIS ESTADÍSTICO

1. Se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos a través de la obtención de la estadística descriptiva como son las frecuencias, porcentajes para las variables atributivas como son el sexo, la edad, la adicción, así como para conocer como se distribuye la muestra.

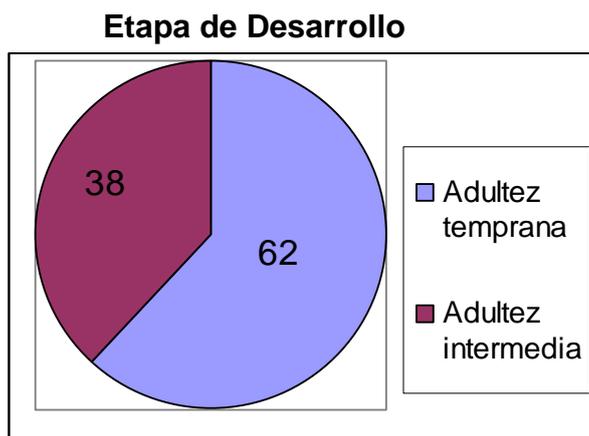
2. Con el análisis de variabilidad se obtuvieron las medidas de tendencia central como la media y desviación estándar de los puntajes crudos de ambos instrumentos para obtener las diferencias de cada una de las muestras.

RESULTADOS

En la presente investigación se trabajó con una muestra accidental y por conveniencia en el Distrito Federal, la cual se obtuvo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en la Clínica para dejar de fumar y en el centro de Alcohólicos Anónimos del Pedregal. En la primera institución se obtuvo la muestra de fumadores y abstemios y en la segunda institución la muestra de alcohólicos. Se realizó un estudio comparativo del perfil psicológico registrado con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en sujetos con adicción al tabaco, en sujetos con adicción al alcohol y en sujetos abstemios.

En cuanto al Sexo se distribuyó en forma equitativa, 45 sujetos del sexo femenino (15 mujeres abstemias, 15 fumadoras y 15 alcohólicas) y 45 sujetos del sexo masculino (15 hombres abstemios, 15 fumadores y 15 alcohólicos).

En cuanto a la Edad la muestra se dividió en tres grupos: 56 sujetos de 20 a 40 años que se encuentran en la adultez temprana con una media de 29.30; 33 sujetos de 40 a 60 años que se encuentran en la adultez intermedia con una media de 43.0. La media total de edad de la muestra es 31 como se representa en la gráfica 1.

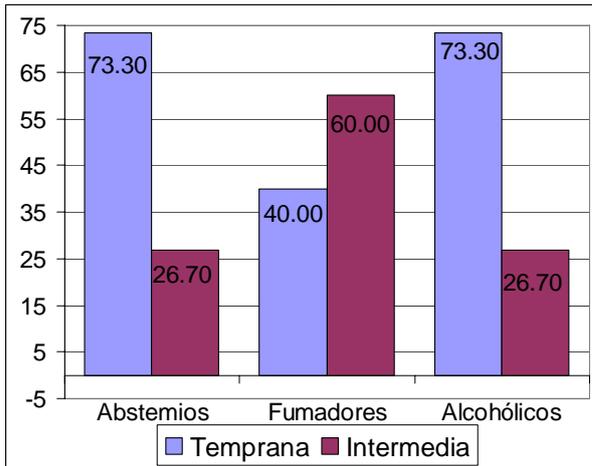


Gráfica 1.

En cuanto a edad y adicción de la muestra fue de 22 abstemios en edad adulta temprana, 8 abstemios en edad adulta intermedia, 12 de fumadores en edad adulta temprana 18 fumadores de adultez intermedia. 22 alcohólicos en edad adulta temprana y 8 alcohólicos en edad adulta intermedia. Ver gráfica 2.

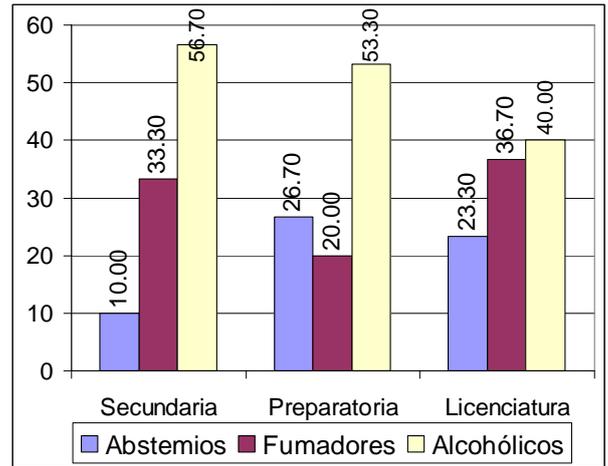
Para la escolaridad y adicción se dividió de la siguiente forma 18 sujetos con secundaria, 27 sujetos con preparatoria y 45 sujetos con licenciatura. Ver gráfica 3.

Etapa de Desarrollo y Adicción



Gráfica 2.

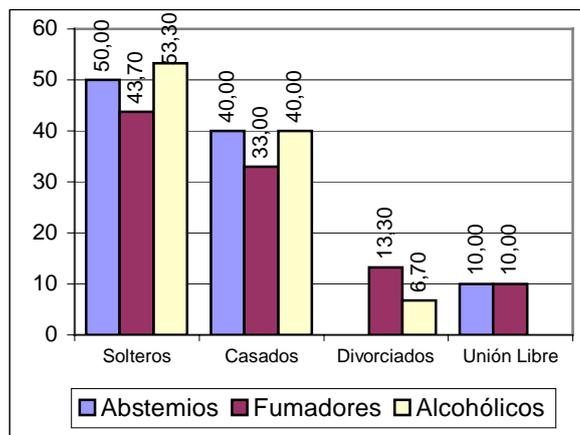
Escolaridad y Adicción



Gráfica 3

Con relación al Estado civil y adicción se distribuyó: 43 solteros (15 sujetos abstemios, 12 sujetos fumadores y 16 sujetos alcohólicos), 34 sujetos casados (12 sujetos abstemios, 10 sujetos fumadores y 12 sujetos alcohólicos) 6 sujetos divorciados (4 fumadores y 2 alcohólicos) y 6 sujetos en unión libre (3 abstemios y 3 fumadores). Ver Gráfica 4.

Estado civil y adicción

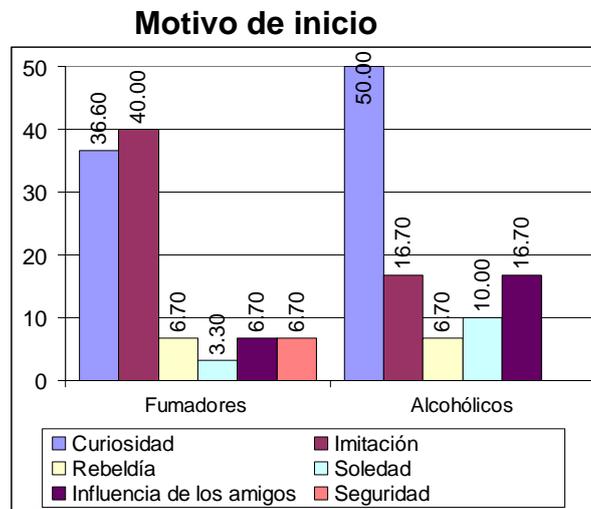


Gráfica 4

El análisis del Cuestionario de Patrón de Consumo permitió conocer las siguientes variables como: Motivo de inicio, Cantidad de consumo, Años de adicción y edad de inicio. Este cuestionario solo fue aplicado a los sujetos que presentaron alguna adicción al alcohol o al tabaco.

En base a motivo de inicio, 26 sujetos empezaron su consumo por curiosidad (11 fumadores y 15 alcohólicos), 17 sujetos por imitación (12 fumadores y 5 alcohólicos), 4 sujetos por rebeldía (2 fumadores y 2 alcohólicos), 4 sujetos por soledad (1 fumadores y 3 alcohólicos), 7 sujetos por influencia de los amigos (2 fumadores y 5 alcohólicos) y 2 sujetos fumadores por seguridad. Ver gráfica 5.

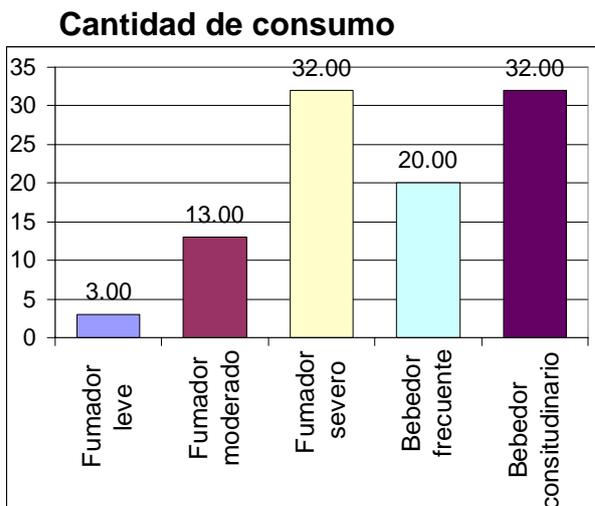
Por cantidad de consumo 2 sujetos fumadores leves, 8 fumadores moderados, 19 sujetos fumadores severos, 12 sujetos alcohólicos frecuentes y 19 sujetos alcohólicos consitudinarios. Ver gráfica 5.



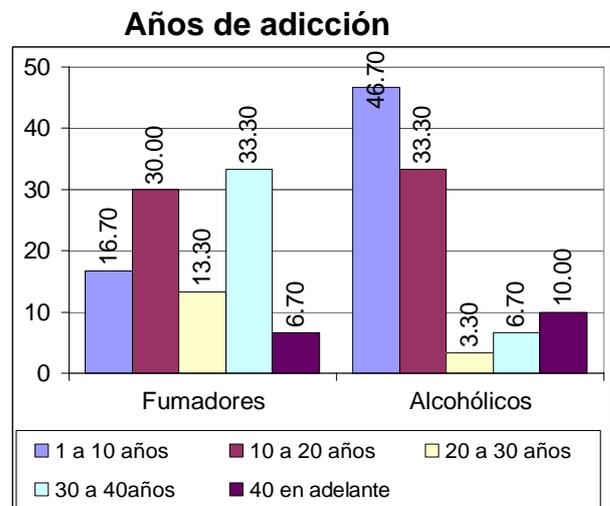
Gráfica 5

Por años de adicción se distribuyó en 19 sujetos 1 a 10 años de consumir su adicción (5 sujetos fumadores y 14 sujetos alcohólicos), 19 sujetos de 10 a 20 años (9 sujetos fumadores y 10 sujetos alcohólicos), 7 sujetos de 20 a 30 años (4 fumadores de y 3 alcohólicos), 12 sujetos de 30 a 40 años (10 fumadores y 2 alcohólicos) y 5 sujetos de 40 en adelante 2 sujetos fumadores y 3 sujetos alcohólicos). Ver gráfica 6.

En cuanto a la edad de inicio se distribuyó en 7 sujetos que iniciaron su consumo en la adolescencia temprana (4 fumadores y 3 alcohólico), 29 en la adolescencia intermedia (14 fumadores y 15 alcohólicos), 10 sujetos en la adolescencia tardía (4 fumadores y 6 alcohólicos) y 14 sujetos en la adultez temprana (8 fumadores y 6 alcohólicos). Ver gráfica 7.



Gráfica 6



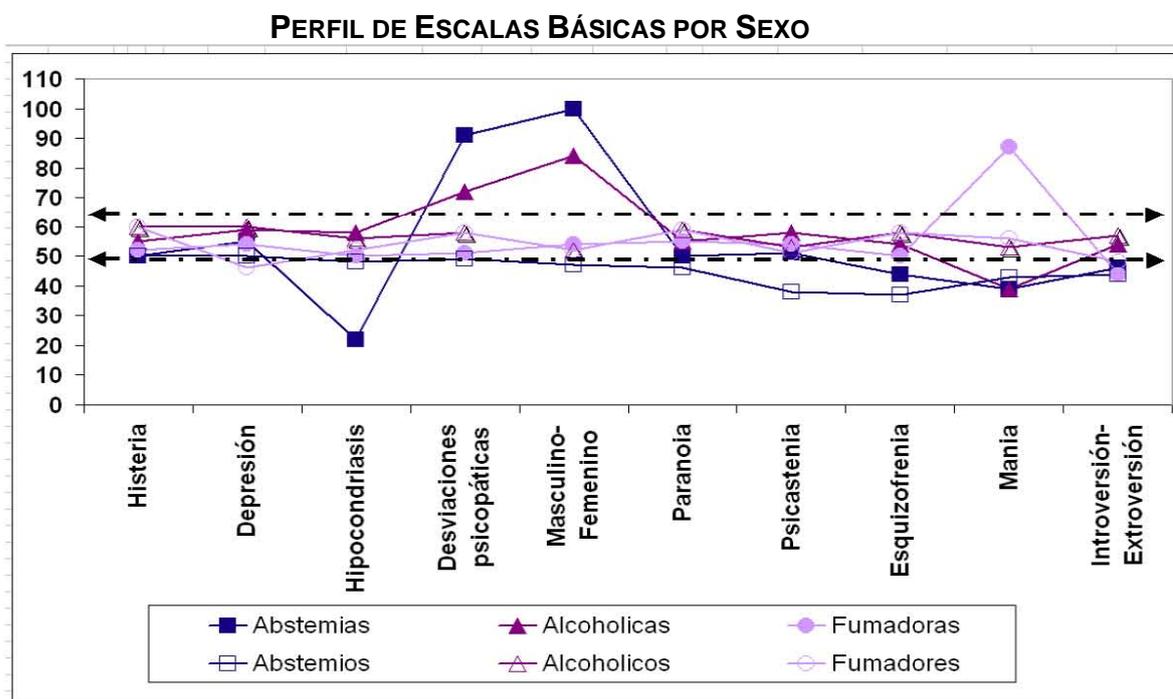
Gráfica 7

Análisis del MMPI-2

A continuación se muestra el análisis del Inventario Multifásico de personalidad (MMPI) 2, en cuanto a las variables de sexo, etapa de desarrollo (edad), escolaridad, estado civil, y elementos evaluados por el Cuestionario de Patrón de Consumo como: Motivo de inicio, Cantidad de consumo, Años de adicción y edad de inicio. Estos datos se mostraran en base a las tres escalas de MMPI-2: a. Básicas, B. Suplementarias y C. Contenido.

A. Escalas Básicas

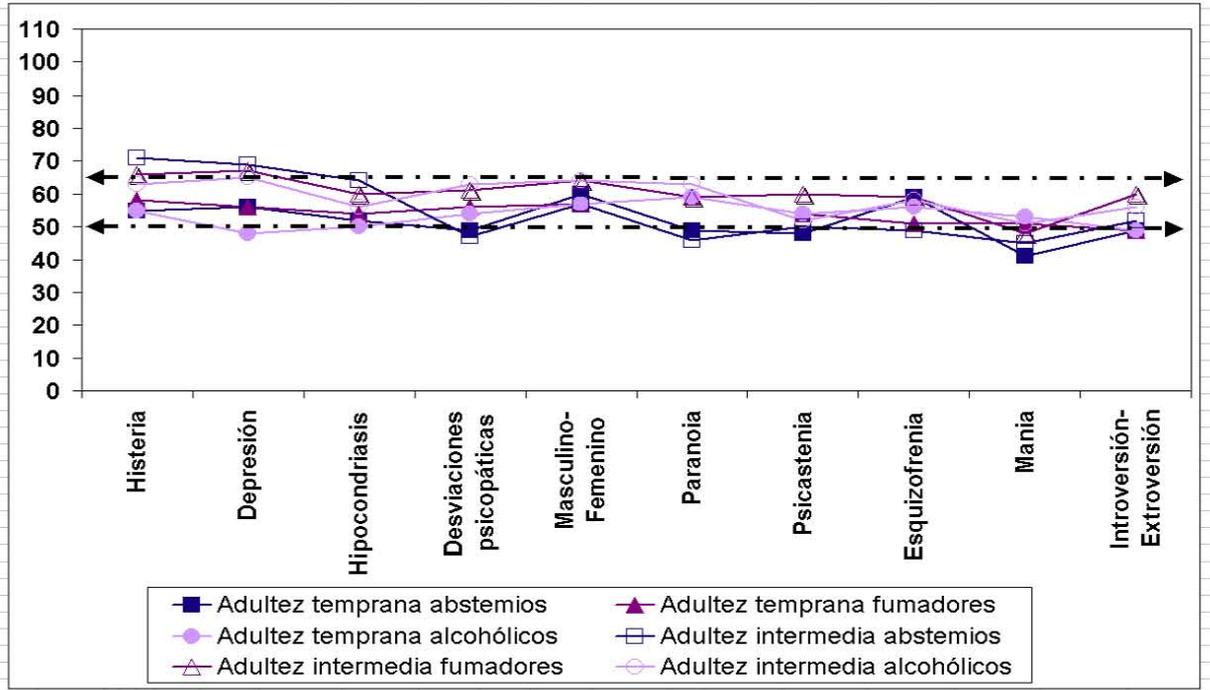
La comparación entre los sexos en el perfil de personalidad de Inventario de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 en las escalas básicas muestra que las mujeres abstemias obtuvieron una baja puntuación en las escalas de Hipocondriasis con un valor de (T-22), Esquizofrenia (T-44) y Manía (T-39); y con una alta puntuación en Desviaciones psicopáticas con un valor de (T-91). Los hombres abstemios obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Psicastenia con un valor de (T-38), Esquizofrenia (T-37), Hipomanía (T-43) y Introversión extroversión (T-44). Las mujeres alcohólicas obtuvieron una puntuación alta en las escalas de Desviaciones psicopáticas (T-72), baja en Hipomanía (T-39). Las mujeres fumadoras muestran una puntuación elevada en la escala de Hipomanía (T-87) y baja en Introversión extroversión (T-44). Ver gráfica 8.



Gráfica 8

En el perfil de personalidad de MMPI-2 en las escalas básicas por etapa de desarrollo muestran que los abstemios de edad adulta intermedia obtuvieron una puntuación alta en la escala de histeria con (T-70). Ver Gráfica 9.

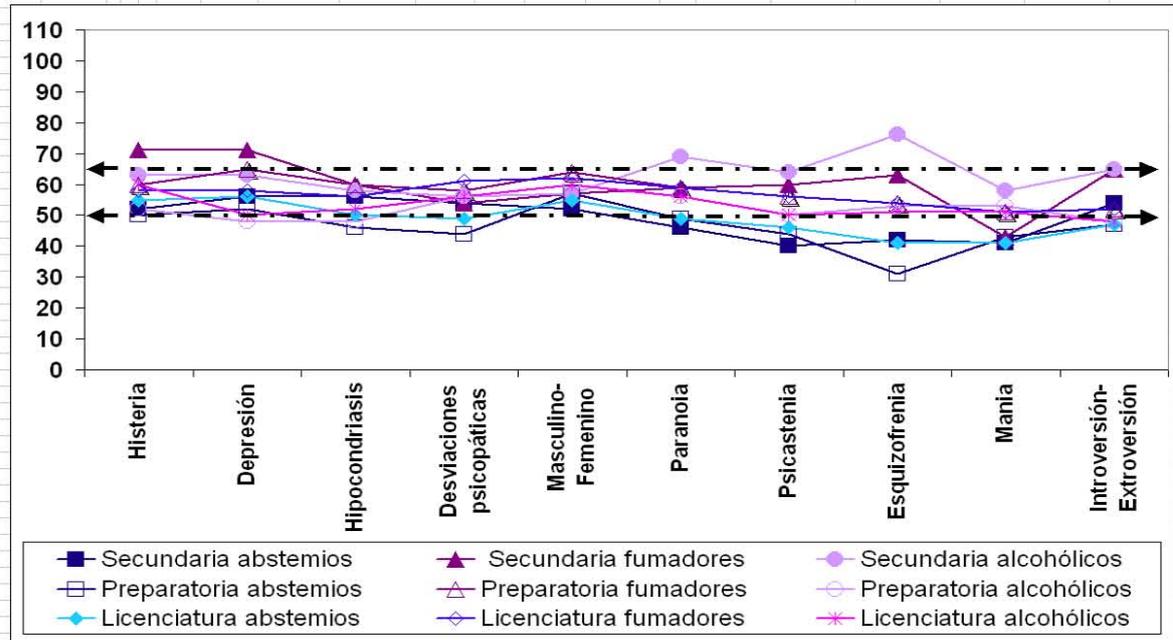
PERFIL DE ESCALAS BÁSICAS POR ETAPA DE DESARROLLO



Gráfica 9

Respecto a la escolaridad los abstemios con secundaria muestran que obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Psicastenia (**T-40**), Esquizofrenia (**T-42**), Manía (**T-41**). Los fumadores de esta misma escolaridad obtuvieron una puntuación baja en la escala de Manía (**T-41**) y puntuaciones altas en las escalas de Histeria (**T-71**), Depresión (**T-71**); los alcohólicos obtuvieron una puntuación alta en la escala de Esquizofrenia (**T-76**). Los abstemios con preparatoria tuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Hipocondriasis (**T-46**), Desviaciones psicopáticas (**T-44**), Psicastenia (**T-44**), Esquizofrenia (**T-31**) y Manía (**T-41**). Los abstemios con licenciatura obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Esquizofrenia (**T-41**) y Manía (**T-41**). Ver gráfica 10.

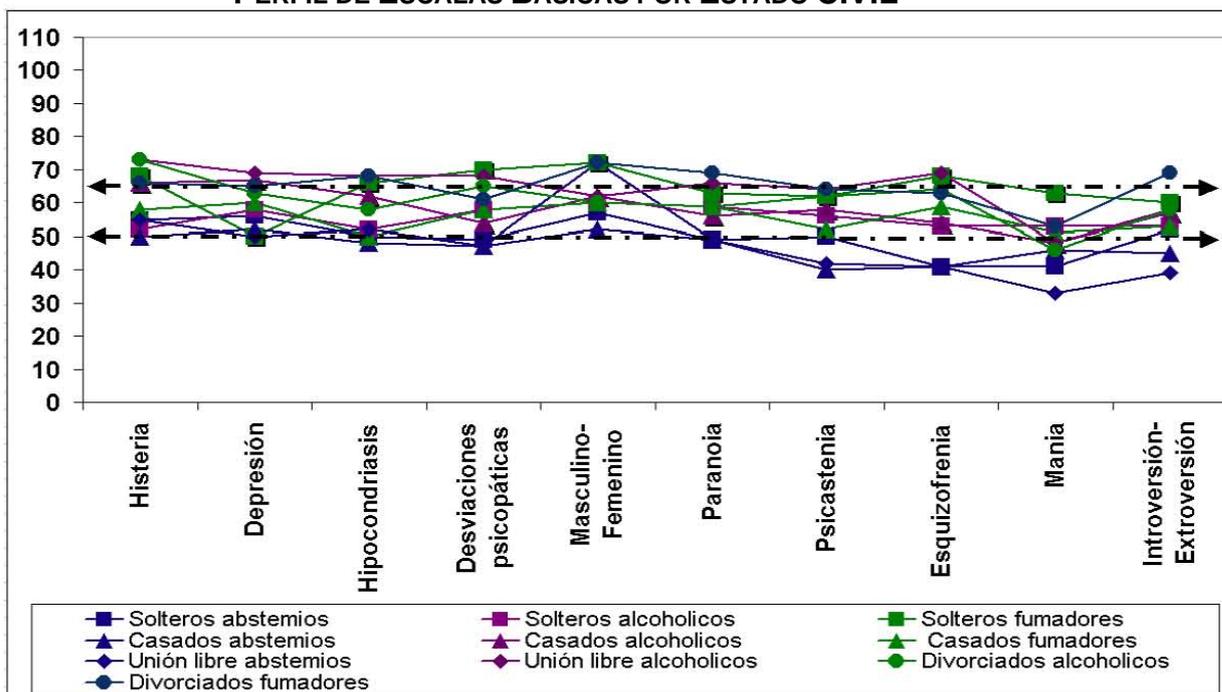
PERFIL DE ESCALAS BÁSICAS POR ESCOLARIDAD



Gráfica 10

En el perfil de personalidad de MMPI-2 en las escalas básicas por estado civil muestra que los abstemios solteros obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Esquizofrenia con un valor de (T-41) y Manía . Los fumadores de esta categoría obtuvieron una puntuaci3n elevada en Desviaciones Psicopáticas (T-70). Los abstemios casados obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Psicastenia (T-40) y Esquizofrenia (T-41). Los abstemios de uni3n libre obtuvieron una puntuaci3n baja en las escalas de Psicastenia (T-42), Esquizofrenia (T-41), Manía (T-33), los fumadores de uni3n libre tuvieron una puntuaci3n alta en la escala de Histeria (T-72). Los alcoh3licos divorciados obtuvieron una puntuaci3n alta en la escala de Histeria (T-73). Es importante mencionar que en la muestra no hubo abstemios divorciados, alcoh3licos en uni3n libre. Ver gráficafica 11.

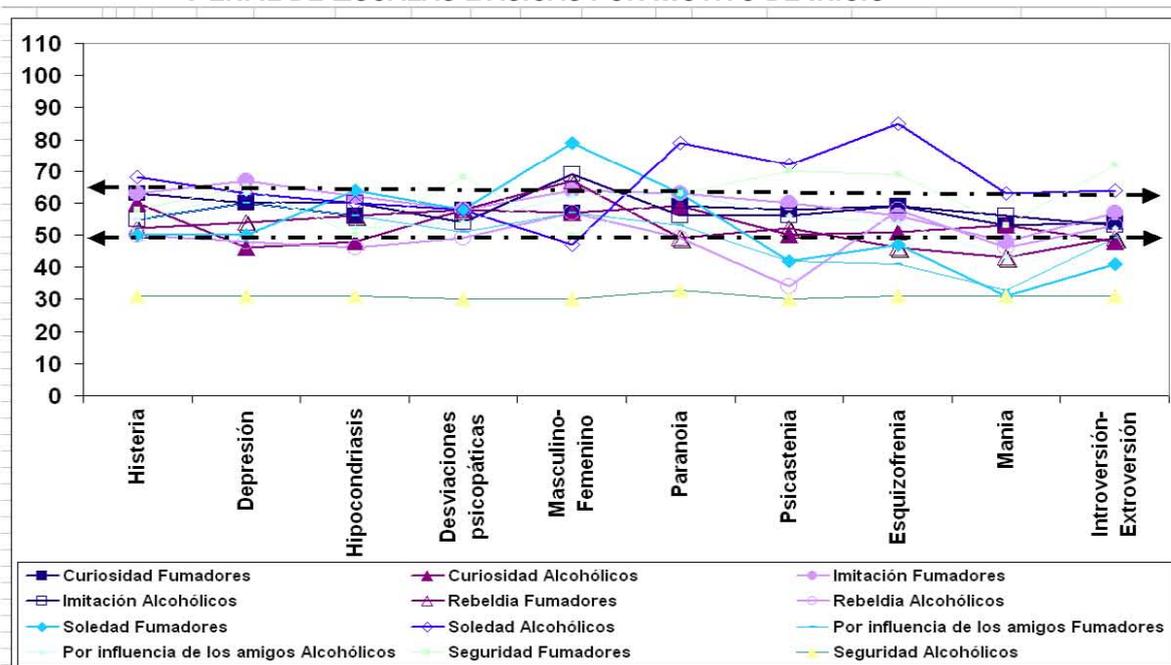
PERFIL DE ESCALAS BÁSICAS POR ESTADO CIVIL



Gráfica 11

En cuanto al motivo de inicio en las escalas básicas muestra que los fumadores que iniciaron por rebeldía obtuvieron una puntuación baja en la escala de Manía (**T-43**), los alcohólicos en Psicastenia (**T-34**). Los fumadores por soledad en Psicastenia (**T-42**), Manía (**T-31**), Introversión extroversión (**T-41**); los alcohólicos alta en Paranoia (**T-79**), Psicastenia (**T-72**) y Esquizofrenia (**T-85**). Los fumadores por influencia de los amigos tienen bajas puntuaciones en las escalas de Psicastenia (**T-42**), Esquizofrenia (**T-41**) y Manía (**T-33**) y los alcohólicos también en esta escala con (**T-43**). Los fumadores por seguridad obtuvieron una puntuación alta en Psicastenia (**T-70**) y Introversión extroversión (**T-72**). Cabe mencionar que dentro de la muestra no hubo alcohólicos que iniciarán su consumo por seguridad. Ver gráfica 12.

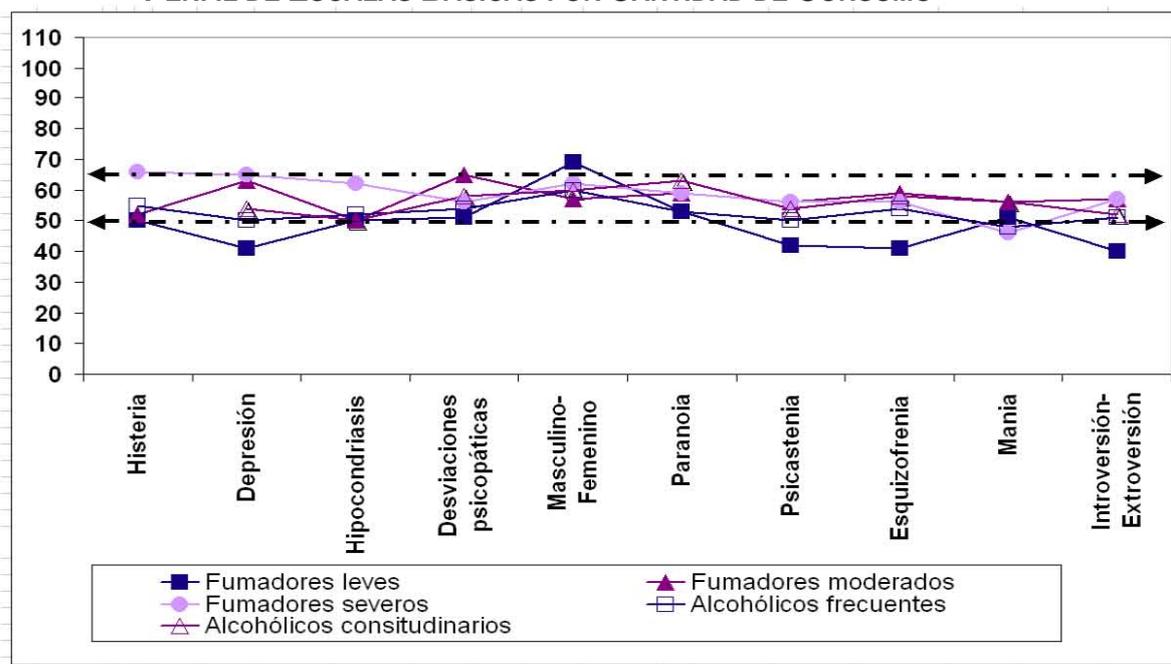
PERFIL DE ESCALAS BÁSICAS POR MOTIVO DE INICIO



Gráfica 12

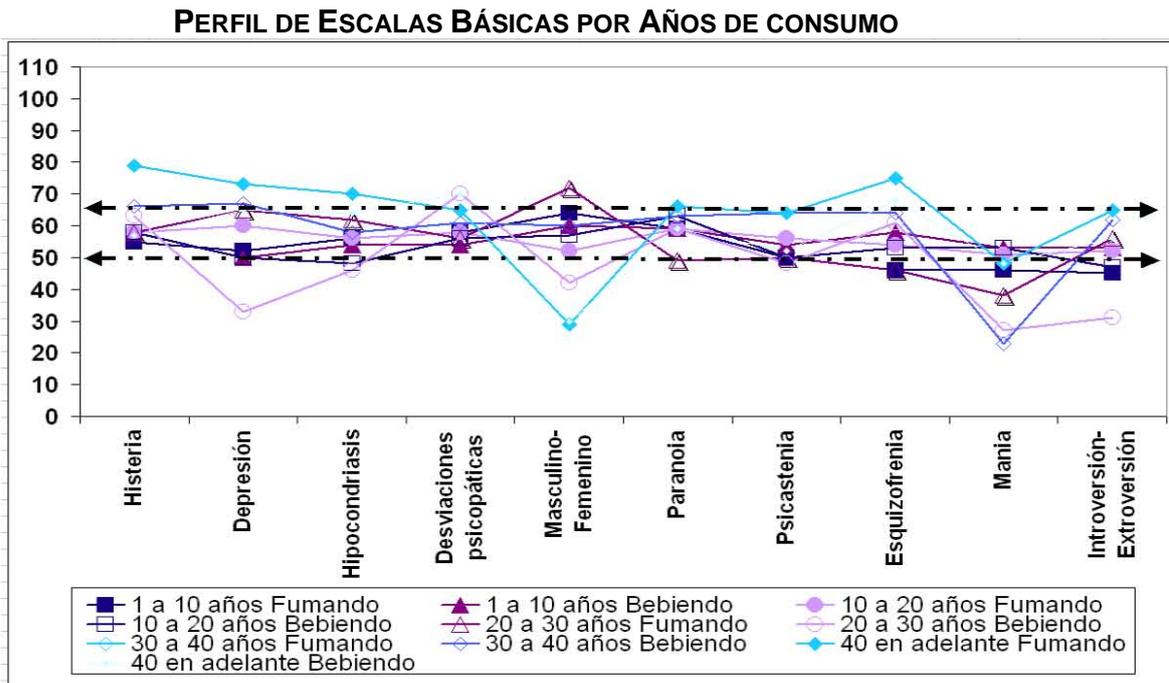
En la cantidad de su consumo en las escalas básicas, los fumadores leves obtuvieron unas puntuaciones bajas en las escalas de Depresión (T-41), Psicastenia (T-42), Esquizofrenia (T-41) y en la escala Introversión extroversión (T-40). Ver gráfica 13.

PERFIL DE ESCALAS BÁSICAS POR CANTIDAD DE CONSUMO



Gráfica 13

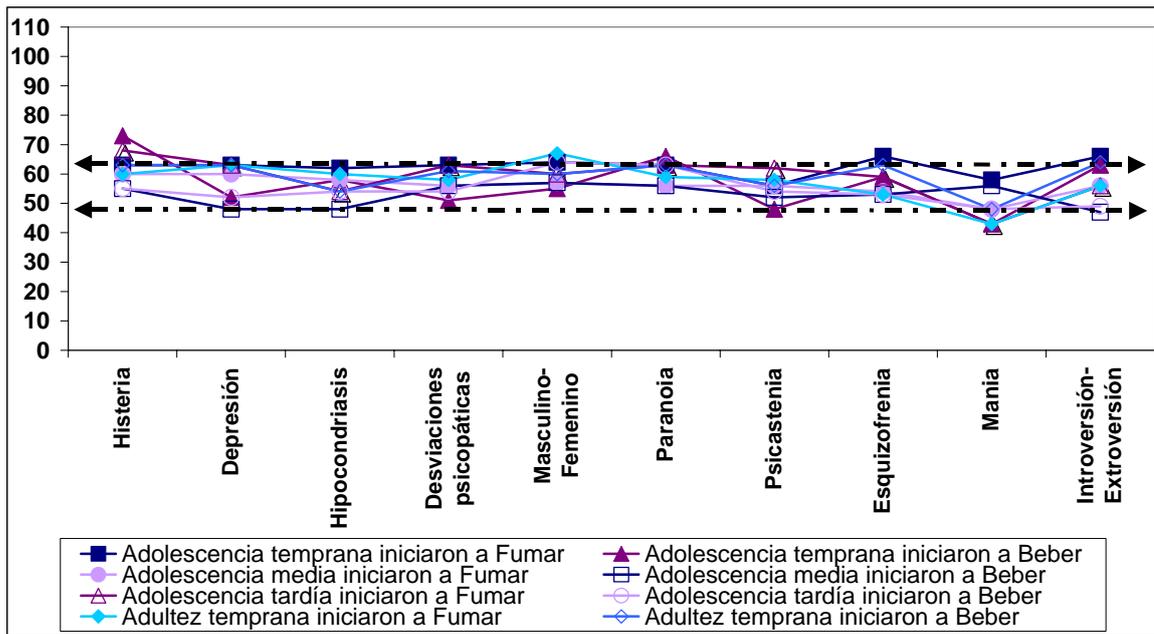
En cuanto a los años de adicción se encontró que los fumadores de 20 a 30 años de adicción obtuvieron una puntuación baja en la escala de Manía (**T-38**); los alcohólicos en Depresión (**T-33**), Manía (**T- 27**) e Introversión y Extroversión (**T-31**) y alta en Desviaciones Psicopáticas (**T- 70**). Los fumadores de 30 a 40 años bajas en la escalas de Manía (**T-23**) y los alcohólicos también. Los fumadores de 40 años en adelante obtuvieron una puntuación alta en las escalas de Histeria (**T-79**), Depresión (**T-73**), Hipocondriasis (**T-70**) y Esquizofrenia (**T-75**); los alcohólicos en Desviaciones psicopáticas (**T-70**). Ver gráfica 14.



Gráfica 14

En edad de inicio en las escalas básicas, los fumadores de adolescencia tardía y los alcohólicos de adolescencia temprana obtuvieron una puntuación alta en la escala de Histeria con (**T-70**). Los fumadores de adultez temprana baja en la escala de Manía con (**T-40**). Ver gráfica 15.

PERFIL DE ESCALAS BÁSICAS POR EDAD DE INICIO

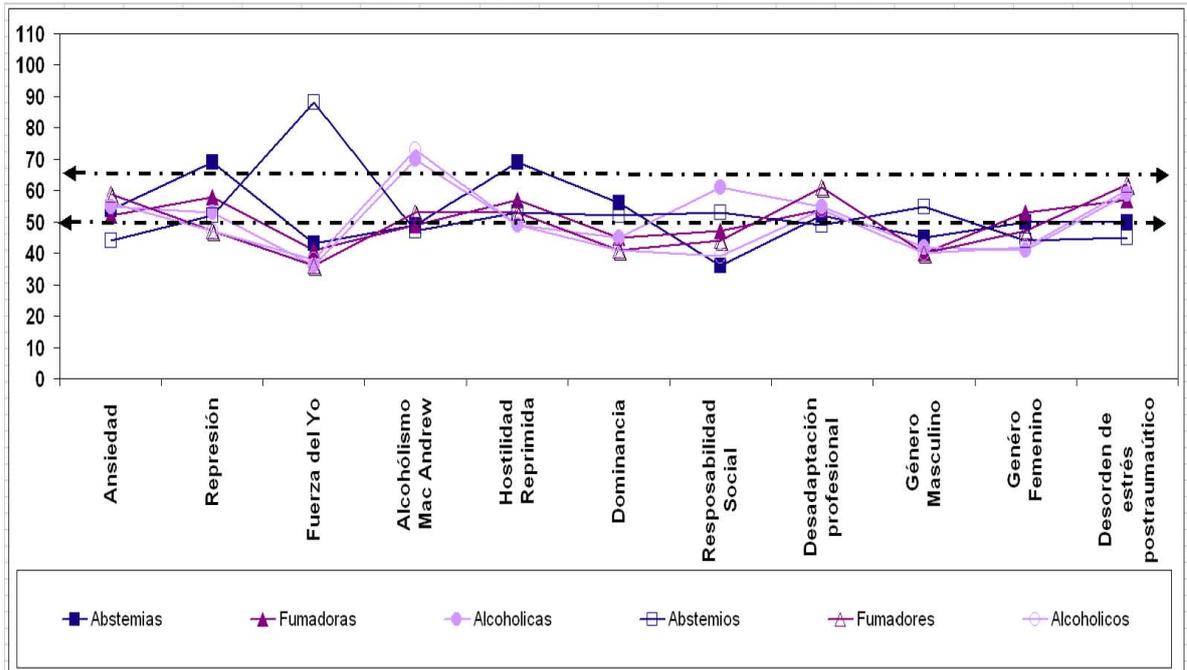


Gráfica 15

B. Escalas Suplementarias

En el perfil de personalidad de MMPI-2 en escalas suplementarias en la comparación por sexo muestra que las mujeres abstemias obtuvieron una baja puntuación en las escalas de Responsabilidad social con un valor de (T-36) y Evitación social (T-46). Los hombres abstemios tienen una puntuación baja en las escalas de Ansiedad (T-44) y alta en la Fuerza del yo (T-88). Las mujeres fumadoras bajas en la Fuerza del yo (T-41), Dominancia (T-45), Responsabilidad social y Evitación social con (T-47). Los hombres fumadores en las escalas de la Fuerza del yo (T-36), Dominancia (T-41). Las mujeres alcohólicas en la Fuerza del yo (T-36) y alta en Alcoholismo de Mac Andrew (T-70). Los hombres alcohólicos obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de la Fuerza del Yo (T-38), Dominancia (T-41), Responsabilidad social (T-39) y alta en la escala de Alcoholismo de Mac Andrew (T-73). Ver gráfica 16.

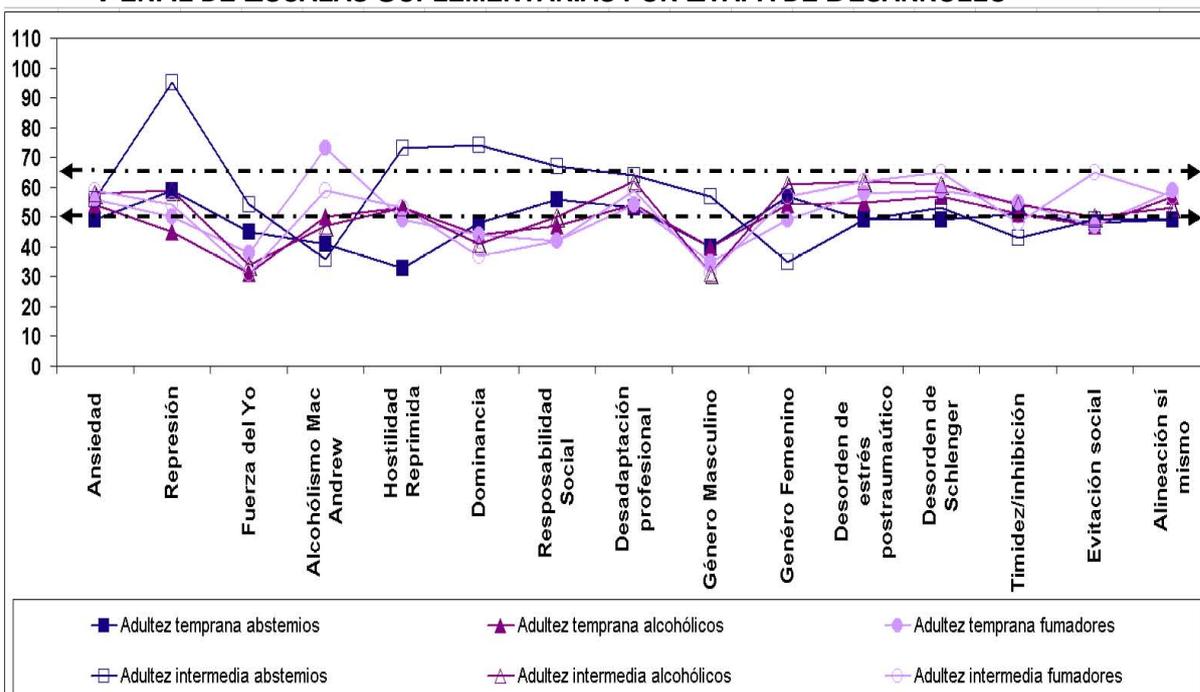
PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR SEXO



Gráfica 16

En el perfil de personalidad de MMPI-2 de las escalas suplementarias por etapa de desarrollo los abstemios de edad adulta temprana obtuvieron una puntuación baja en las escala de Alcoholismo de Mac Andrew (**T-41**), y Hostilidad Reprimida (**T-33**) los fumadores de esta edad obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Represión (**T-45**), Fuerza del yo (**T-31**) y los alcohólicos obtuvieron una puntuación baja en las escalas de la Fuerza del Yo (**T-38**), Dominancia (**T-44**), Responsabilidad social (**T-45**) y una puntuación alta en la escala de Alcoholismo de Mac Andrew (**T-73**). Los abstemios de edad adulta intermedia obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Alcoholismo de Mac Andrew (**T-36**), Timidez (**T-43**) y una puntuación alta en las escalas de Hostilidad reprimida (**T-73**), y Dominancia (**T-74**), los fumadores de esta edad obtuvieron una puntuación baja en la escalas de Fuerza del Yo (**T-34**), Dominancia (**T-41**) y los alcohólicos en las escalas de la Fuerza del Yo (**T-31**), Dominancia (**T-37**), Responsabilidad social (**T- 42**). Ver gráfica 17.

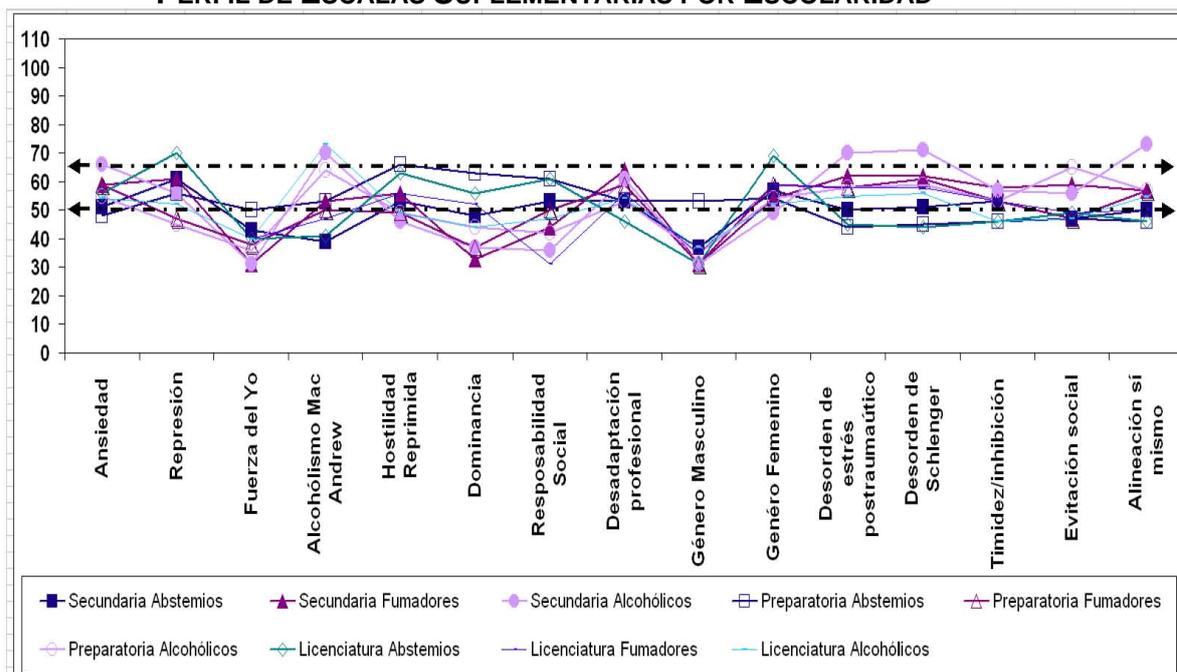
PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR ETAPA DE DESARROLLO



Gráfica 17

Para la escolaridad en las escalas suplementarias, los abstemios con secundaria obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de la Fuerza del yo (T-44), Alcoholismo de Mac Andrew (T-39) y los fumadores en la Fuerza del yo (T-31), Dominancia (T-33), Responsabilidad Social (T-44) y los alcohólicos en la Fuerza del yo (T-31), Dominancia (T-37), Responsabilidad social (T-36) y altas en las escalas de Alcoholismo de Mac Andrew (T-70), Desorden de estrés postraumático de Kaene (T-70), Schlenger (T-71) y Alineación social (T-73). Los abstemios con preparatoria tienen puntuaciones bajas en las escalas de Desorden de estrés postraumático de Keane (T-44) y de Schlenger (T-45), Timidez (T-46), Alineación social (T-46), los fumadores en la Fuerza del yo (T-38), Dominancia (T-31) y los alcohólicos en la Fuerza del yo (T-36), Dominancia (T-44), Responsabilidad social (T-42). Los abstemios con Licenciatura obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Alcoholismo de Mac Andrew (T-41), Desorden de estrés de Keane (T-44), Schlenger (T-45), Timidez (T-46), Alineación social (T-46) y alta en la escala de Responsabilidad social (T-73) los fumadores bajas en las escalas de Responsabilidad social (T-31) y los alcohólicos en Dominancia (T-44) y alta en Alcoholismo de Mac Andrew (T-73). Ver gráfica 18.

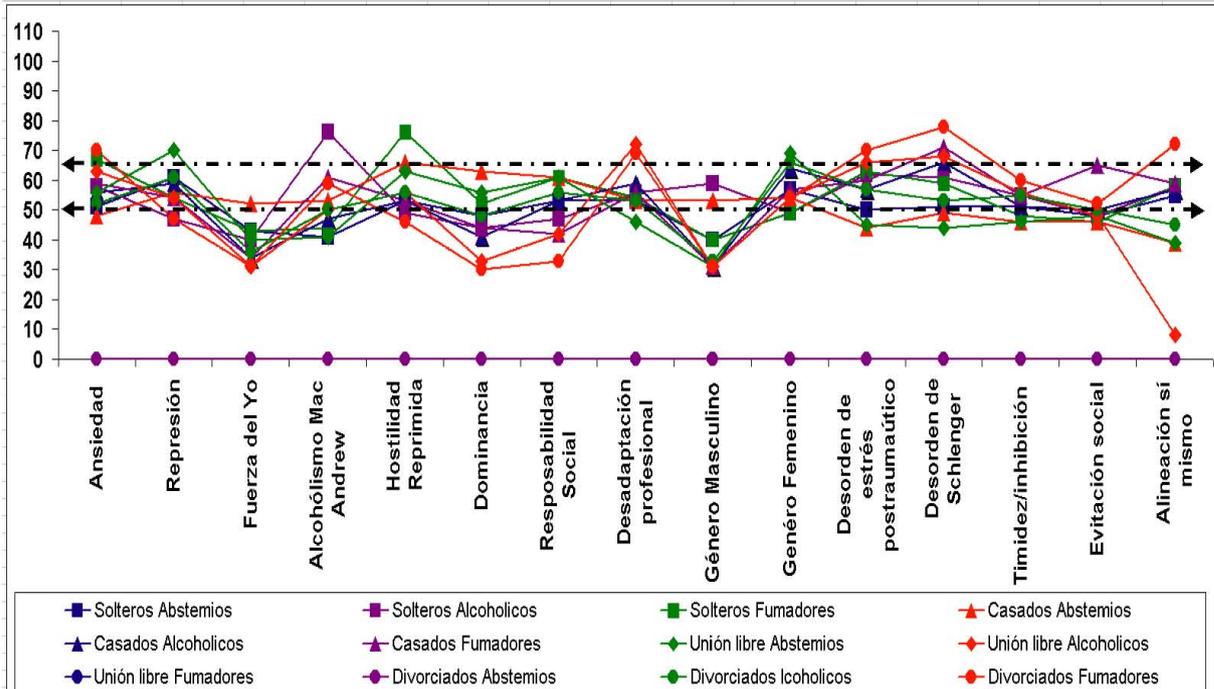
PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR ESCOLARIDAD



Gráfica 18

En el perfil de personalidad de MMPI-2 en las escalas suplementarias por estado civil muestran que los abstemios solteros obtuvieron una puntuación baja en la escala de Alcoholismo de Mac Andrew (**T-41**), los fumadores solteros obtuvieron una puntuación baja en las escala de la Fuerza del Yo (**T-41**) y una puntuación elevada en la escala de Hostilidad Reprimida (**T-76**), los alcohólicos solteros en la Fuerza del yo (**T-40**), Dominancia (**T-44**), Responsabilidad social (**T-42**) y una puntuación alta en la escala de Alcoholismo de Mac Andrew (**T-76**). Los abstemios casados obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas Ansiedad (**T-44**) y Alineación social, los fumadores en la Fuerza del yo (**T-34**), Dominancia (**T-41**); los alcohólicos en la Fyo (**T-34**) y puntuaciones altas en las escalas en el Desorden de estrés de Schelenger (**T-71**) y Evitación Social (**T-75**). Los abstemios de unión libre obtuvieron una puntuación baja en la escala de Alcoholismo de Mac Andrew (**T-41**), , Alineación a si mismo (**T-44**) y alta en la escala de Represión (**T-71**), los fumadores obtuvieron una puntuación baja en las escalas de la Fyo (**T-31**), Dominancia (**T-33**), Responsabilidad social (**T-42**). Los fumadores divorciados puntuaciones bajas en las escalas de la Fyo (**T-31**), Dominancia (**T-30**), Responsabilidad social (**T-33**) de y altas en las escalas de Ansiedad (**T-70**) y Alineación así mismo(**T-72**). Los alcohólicos divorciados bajas en la Fyo (**T-36**) y Alineación a sí mismo (**T-40**). Ver gráfica 19.

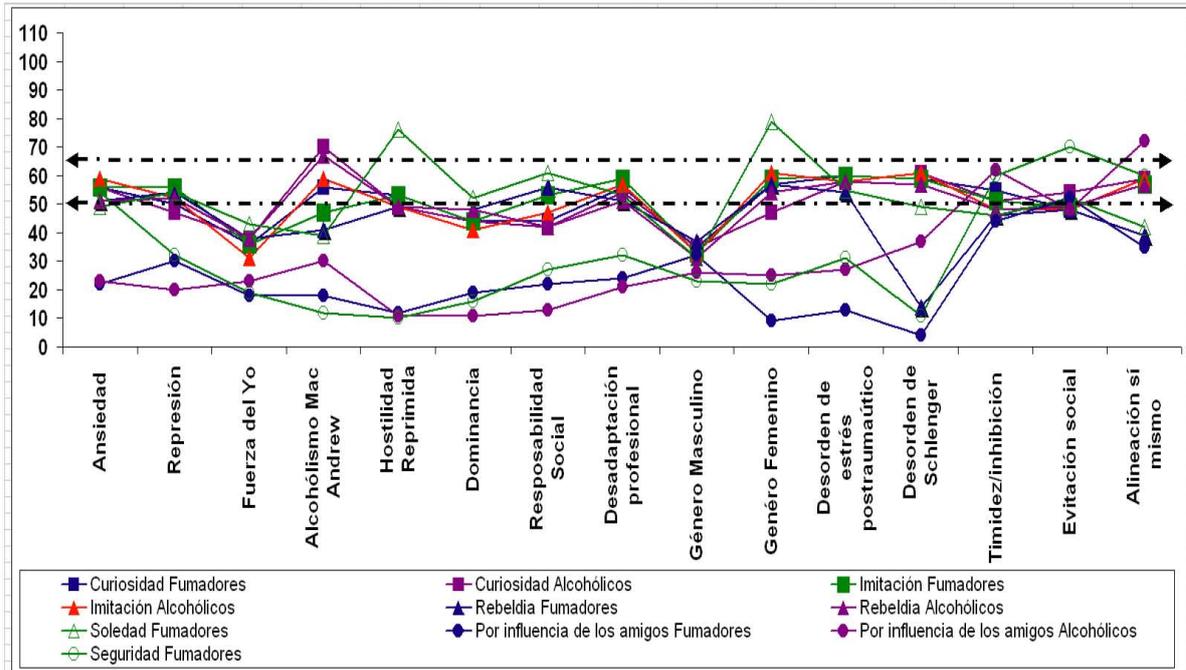
PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR ESTADO CIVIL



Gráfica 19

Respecto al motivo de inicio los fumadores que iniciaron su consumo por curiosidad obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de la Fuerza del Yo (T-31), Dominancia (T-44), Responsabilidad social (T-44), los alcohólicos en Dominancia (T-44), Responsabilidad social (T-42) y altas en Alcoholismo de Mac Andrew (T-70) y Evitación social (T-71). Los fumadores por imitación en la Fuerza del Yo (T-36), Dominancia (T-44), los alcohólicos en la Fuerza del Yo (T-36), Dominancia (T-41). Los fumadores por rebeldía en de Alcoholismo (T-41), Timidez (T-44), Alineación del yo y de los demás (T-44) y los alcohólicos en Responsabilidad social y Alineación del yo y de los demás (T-36). Los fumadores por soledad en Alcoholismo (T-39), Alineación social (T-36) y puntuación alta en Hostilidad reprimida (T-76). Cabe mencionar que en esta categoría no hubo alcohólicos. Los fumadores por influencia de los amigos obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de la Fuerza del yo (T-30), Hostilidad reprimida (T-41) y alta en Responsabilidad social (T-82); los alcohólicos tienen puntuaciones bajas en las escalas de la Fuerza del yo (T-31), Hostilidad Reprimida T 39, Dominancia (T-30) y Responsabilidad social (T-31) y altas en Alcoholismo de Mac Andrew (T-76), Desorden de estrés postraumático de Keane (T-79), de Schlenger (T-80) y Alineación social (T-72). Los fumadores por seguridad obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de la Fuerza del Yo (T-31), Alcoholismo (T-30), Hostilidad reprimida (T-36) y altas en de Represión (T-84), Desorden de Keane (T-86) y Evitación social (T-77). Ver gráfica 20.

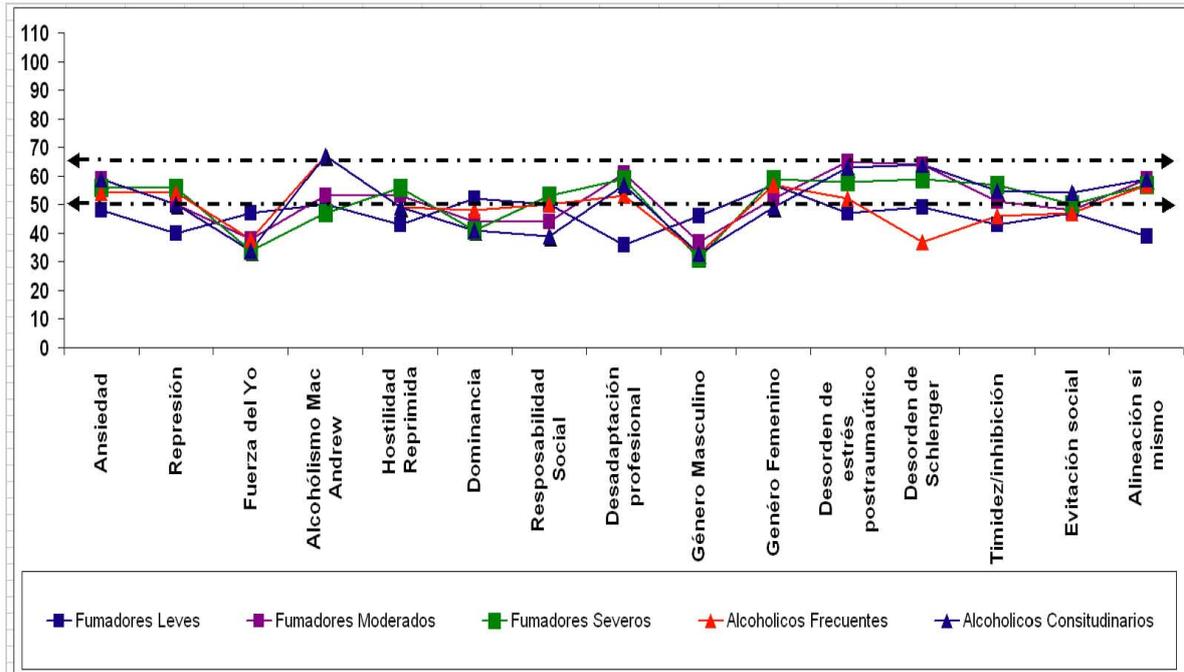
PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR MOTIVO DE INICIO



Gráfica 20

En su cantidad de consumo se encontró que los fumadores leves obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Represión (T-40), Timidez (T-35) y Alineación social, los fumadores moderados en las escalas de Dominancia (T-44), Responsabilidad social (T-44) y Evitación social (T-44) y los fumadores severos Fuerza del yo (T-34), Dominancia (T-41) y Evitación social (T-44). Los alcohólicos frecuentes en la Fuerza del yo (T-38), Desorden de estrés posttraumático de Keane (T-37) y los alcohólicos consitudinarios en la Fuerza del Yo (T-34), Dominancia (T-41), Responsabilidad social (T-39) y alta en la escala de Evitación social (T-71). Ver gráfica 21.

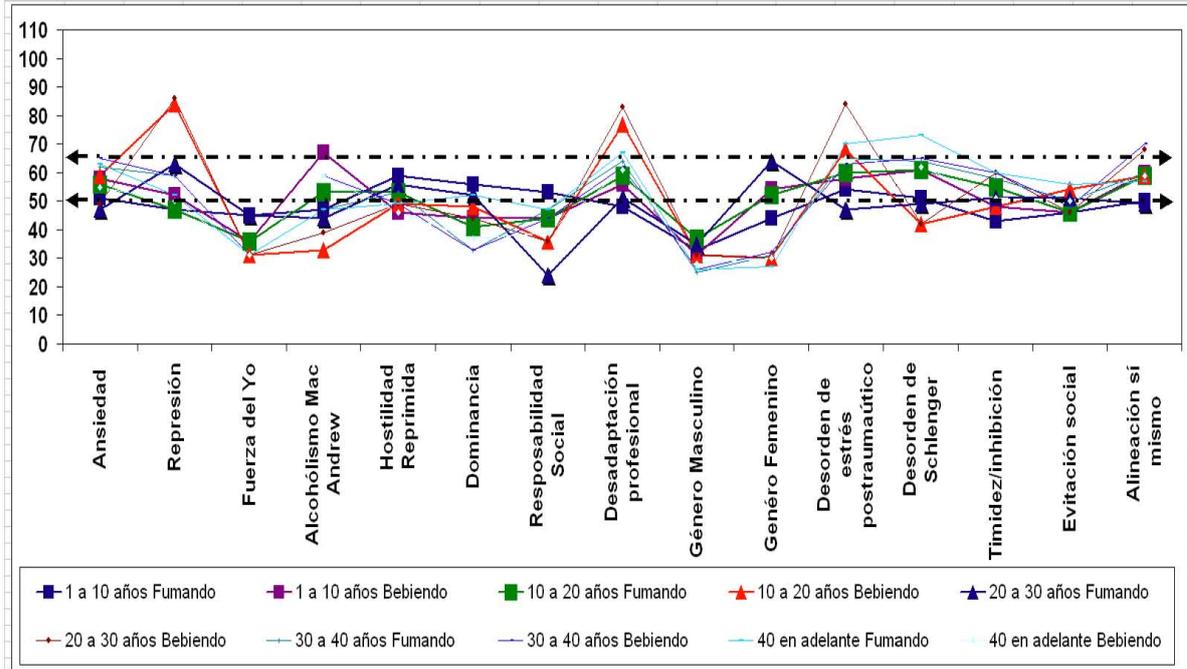
PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR CANTIDAD DE CONSUMO



Gráfica 21

Por los años de consumo los fumadores de 1 a 10 años de adicción obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Timidez (**T-43**) y Evitación social (**T-46**); los alcohólicos en la Fyo (**T-36**), Hostilidad reprimida (**T-46**), Dominancia (**T-44**), Responsabilidad social (**T-44**), Timidez (**T-43**) y Evitación social (**T-46**). Los fumadores de 10 a 20 años de adicción en Responsabilidad social (**T-44**); los alcohólicos en la Fyo (**T-31**), Responsabilidad social (**T-36**) y altas en Represión (**T-84**) y Desadaptación profesional (**T-77**). Los fumadores de 20 a 30 años de adicción obtuvieron una puntuación baja en la escala de Responsabilidad social (**T-24**) y los alcohólicos en las escalas de la Fyo (**T-21**), Dominancia (**T-44**), Responsabilidad social (**T-36**) y altas en Represión (**T-86**), Desadaptación profesional (**T-83**). Los fumadores de 30 a 40 años en adelante obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Fyo (**T-31**) y Dominancia (**T-33**) y los alcohólicos en las escalas de Fyo (**T-31**), Dominancia (**T-33**) y alta en Alineación (**T-70**). Los fumadores de 40 años en adelante obtuvieron una puntuación baja en la escala de la Fyo (**T-31**) lo mismo los alcohólicos. Ver gráfica 22.

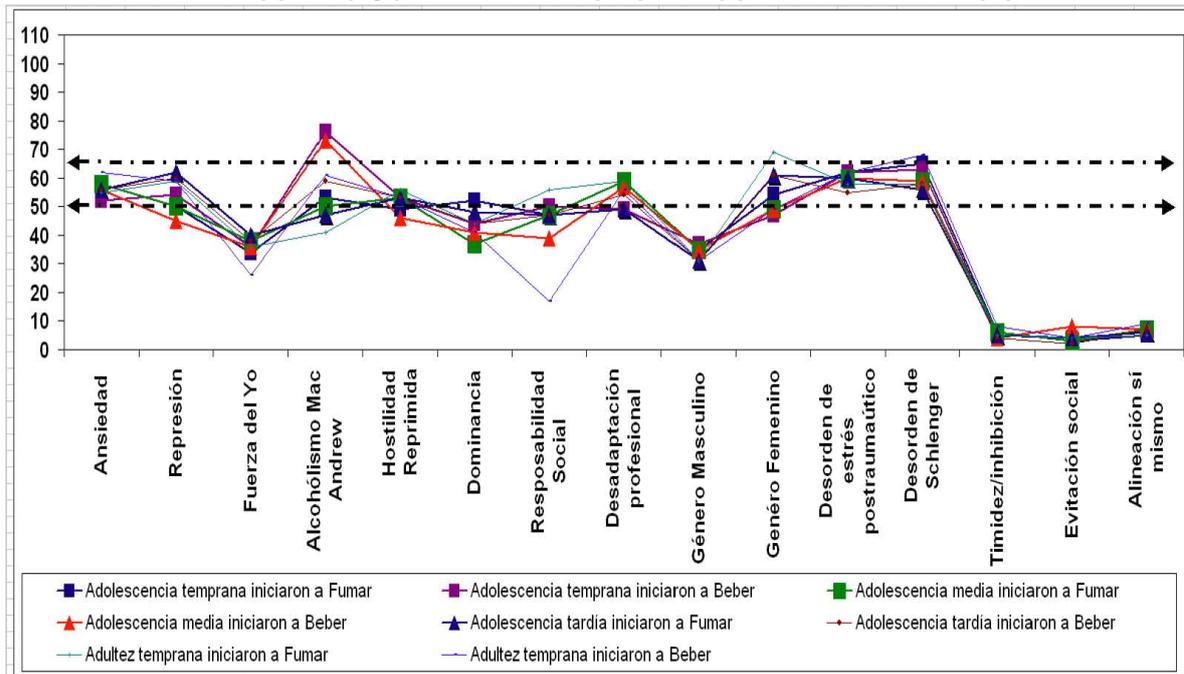
PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR AÑOS DE CONSUMO



Gráfica 22

En el perfil de personalidad del MMPI-2 en escalas suplementarias por etapa de inicio muestra que los fumadores que empezaron su consumo el la adolescencia temprana obtuvieron puntuaciones baja en las escalas de la Fuerza del yo (**T-34**), los alcohólicos de esta categoría obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de la Fuerza del yo (**T-36**), Dominancia (**T-44**) y una puntuación elevada en la escala de Alcohólicismo de Mac Andrew (**T-76**). Los fumadores de adolescencia media obtuvieron una puntuación baja Dominancia (**T-37**), Fuerza del yo (**T-38**); los alcohólicos de esta categoría en las escalas de Represión (**T-45**), Fuerza del yo (**T-36**) y una puntuación elevada en la escala de alcohólicismo de Mac Andrew (**T-73**). Los fumadores de adolescencia tardía obtuvieron una puntuación baja en las escala de Responsabilidad social (**T-37**) y los alcohólicos en las escalas de la Fuerza del yo (**T-38**) y Dominancia (**T-44**), Los alcohólicos de adultez temprana obtuvieron una puntuación baja en las escalas de la Fuerza del yo (**T-26**) y Dominancia (**T-41**). Ver gráfica 23.

PERFIL DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS POR AÑOS DE ETAPA DE INICIO

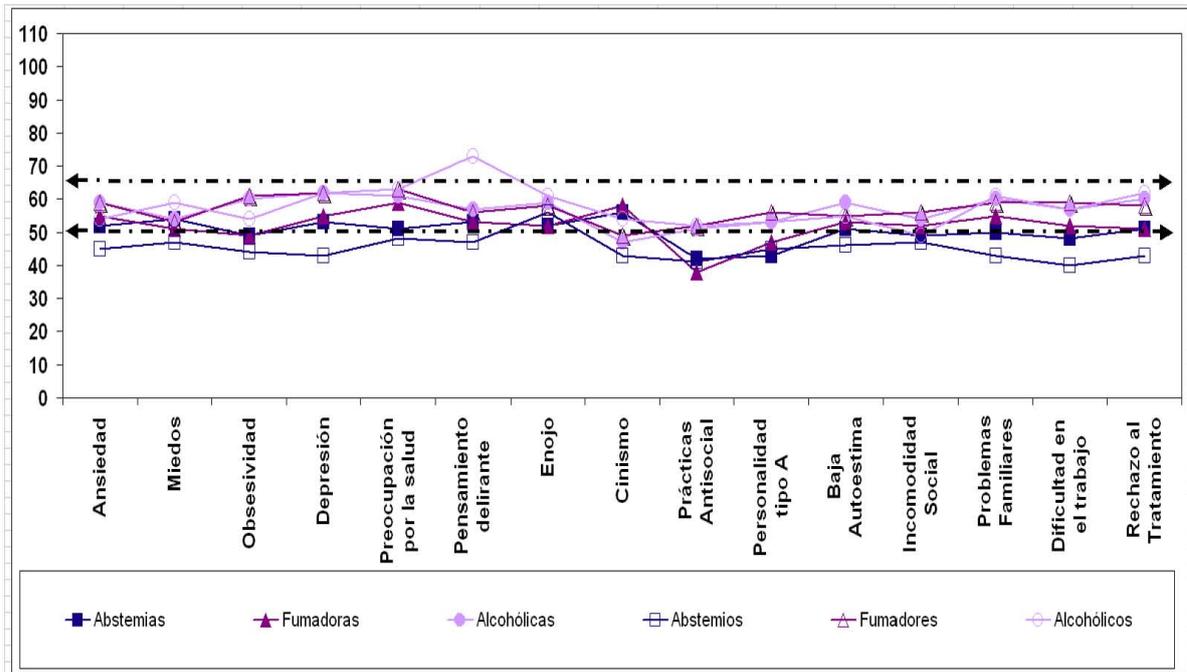


Gráfica 23

C. Escalas Contenido

En las escalas de contenido la comparación por sexo muestra que las Mujeres abstemias obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Prácticas antisociales (T-42), Personalidad Tipo A (T-43). Los hombres abstemios muestran una puntuación baja en las escalas de Ansiedad (T-45), Obsesividad (T-44), Depresión (T-43), Prácticas antisociales (T-41), Personalidad Tipo A (T-45), Problemas Familiares (T-43), Dificultad en el trabajo (T-40) y Rechazo al tratamiento (T-43). Los hombres alcohólicos obtuvieron una puntuación alta en la escala de Pensamiento Delirante (T-73). Ver gráfica 24.

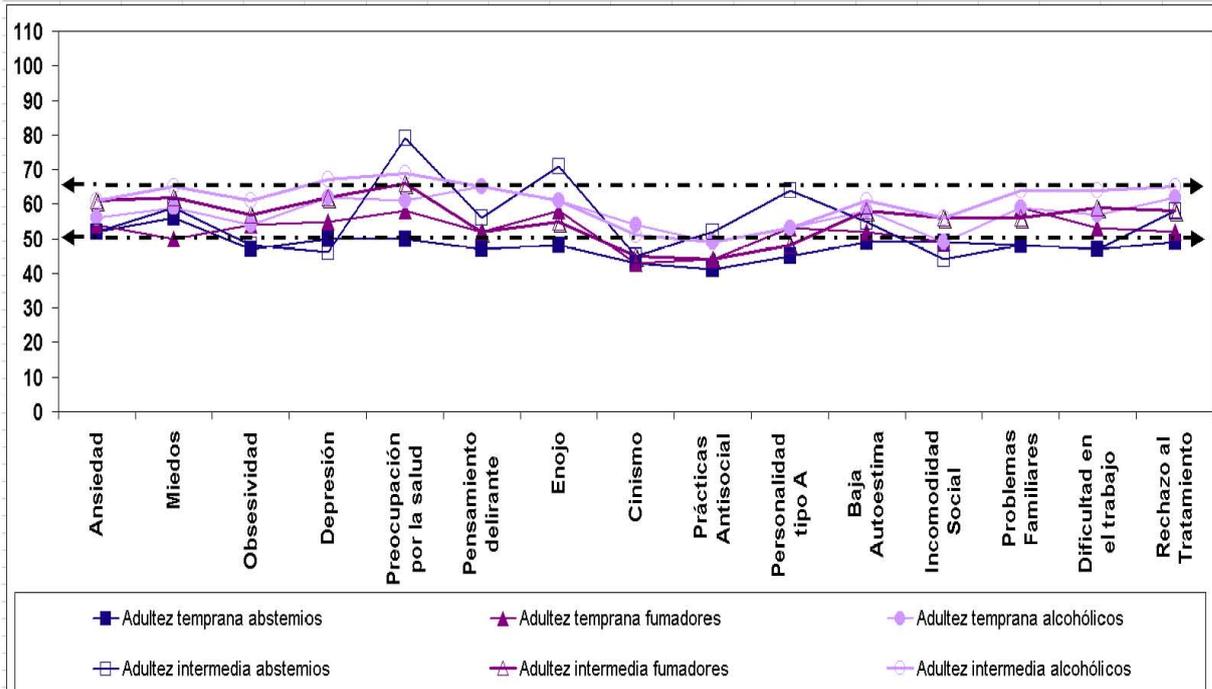
PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR SEXO



Gráfica 24

En el perfil de personalidad de MMPI-2 de las escalas de contenido por edad muestra que los abstemios de edad adulta temprana obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Cinismo con un valor de (T-43), Prácticas antisociales (T- 41), Personalidad tipo A (T-45) y los fumadores de esta edad también obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Cinismo (T-43) y Prácticas antisociales. Los abstemios de edad adulta intermedia obtuvieron puntuaciones bajas en las escala de Incomodidad social (T-44) y una puntuación elevada en las escalas de Preocupación por la salud (T-79), Enojo (T-71) y los fumadores en las escalas de Cinismo (T-43) y Prácticas antisociales (T-44). Ver gráfica 25

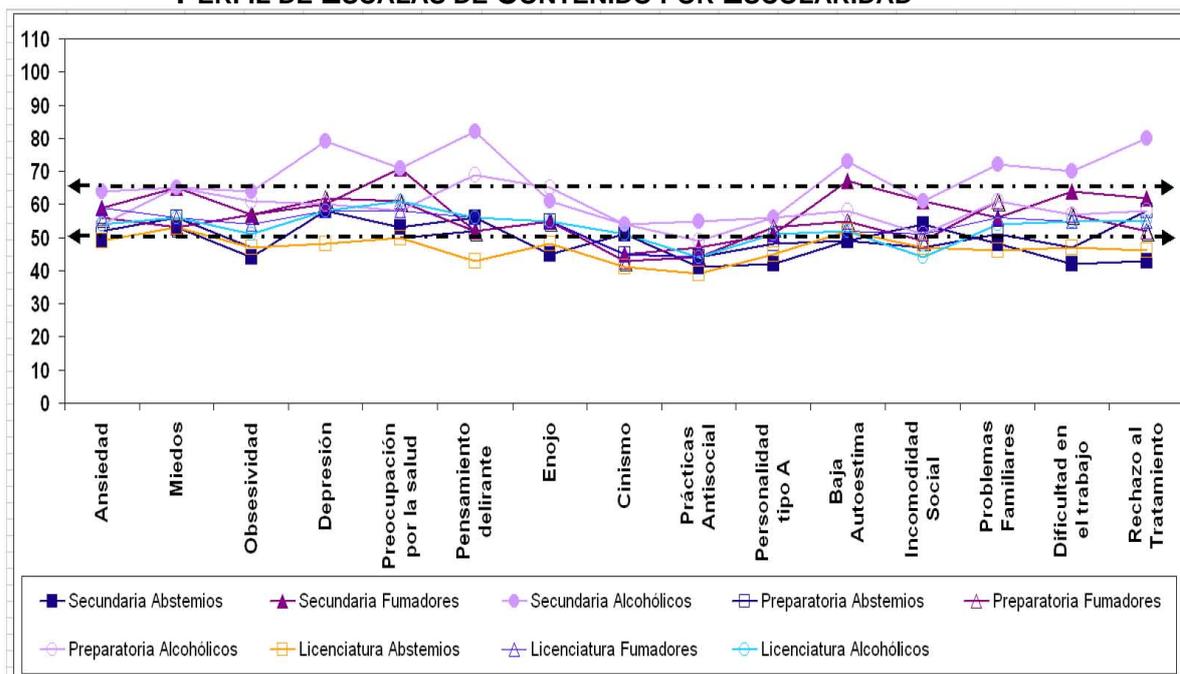
PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR ETAPA DE DESARROLLO



Gráfica 25

Para la escolaridad en las escalas de contenido muestra que los abstemios con secundaria obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Obsesividad (T-44), Enojos (T-45), Prácticas antisociales (T-41), Personalidad tipo A (T-42), Dificultad en el trabajo (T-42) y Rechazo al tratamiento (T-43); los fumadores en Cinismo (T-41) y alta en Preocupación por la salud (T-75); los alcohólicos altas en Depresión (T-79), Pensamiento delirante (T-82), Baja autoestima (T-73), Problemas familiares (T-72) y Rechazo al tratamiento (T-80). Los abstemios con preparatoria obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Cinismo (T-45) y Prácticas antisociales (T-44), los fumadores en Cinismo (T-43) y Prácticas antisociales (T-44). Los abstemios con licenciatura en de Pensamiento delirante (T-43), Cinismo (T-41), Prácticas antisociales (T-39), Personalidad tipo A (T-45), Problemas familiares (T-46) y Rechazo al tratamiento (T-46); los fumadores en Cinismo (T-45), Prácticas antisociales los alcohólicos también puntuaron lo mismo en esta escala y en Incomodidad social. Ver gráfica 26.

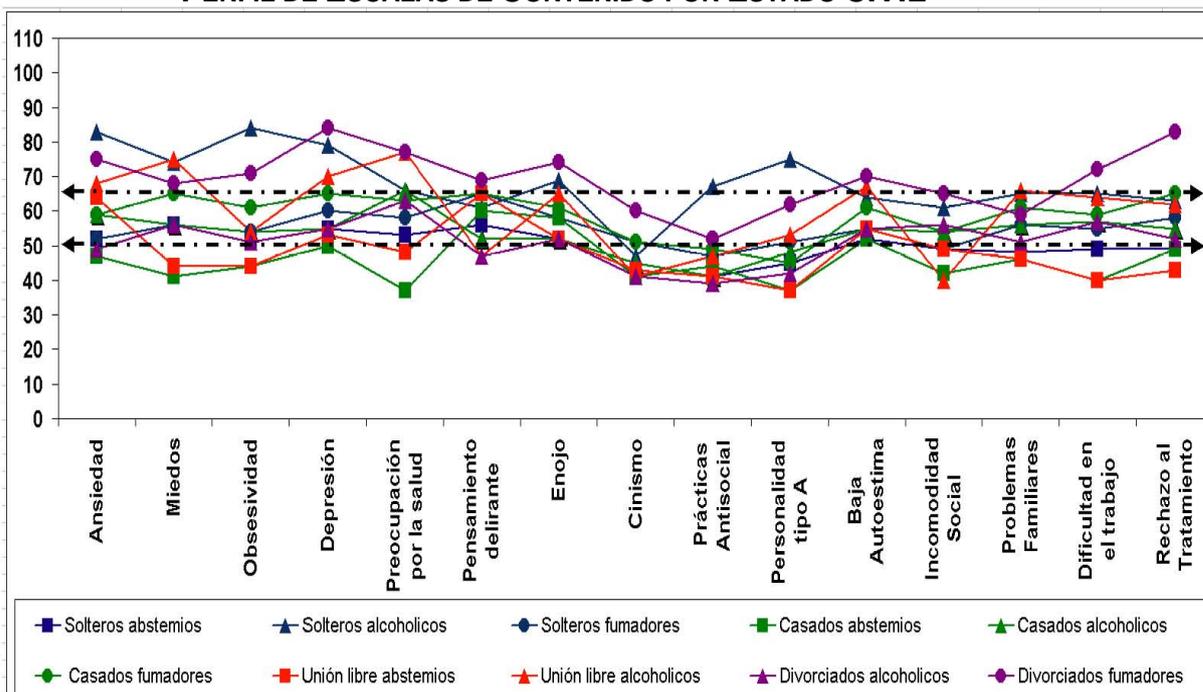
PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR ESCOLARIDAD



Gráfica 26

En el perfil de personalidad de MMPI-2 de escalas de contenido por estado civil muestra que los abstemios solteros obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Cinismo (**T-43**) y Prácticas antisociales; los fumadores de esta categoría obtuvieron una puntuación elevada en las escalas de Ansiedad (**T-83**), Miedos (**T-74**), Obsesividad (**T-84**), Depresión (**T-79**) y Personalidad tipo A (**T-75**). Los abstemios casados obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Miedo (**T-41**), Obsesividad (**T-44**), Prácticas antisociales (**T-44**), Personalidad tipo A (**T-37**), Incomodidad social (**T-42**) y Dificultad en el trabajo (**T-40**), los fumadores de esta categoría salieron bajos en prácticas antisociales (**T-41**). Los abstemios por unión libre en la escala de Miedos (**T-44**) y Obsesividad, Cinismo (**T-42**) y Prácticas antisociales (**T-41**), los fumadores en Incomodidad social (**T-40**), Cinismo (**T-41**) y obtuvieron puntuaciones altas en las escalas de Miedos (**T-75**), Depresión (**T-70**) y Preocupación por la salud (**T-77**). Los fumadores divorciados obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Cinismo (**T-41**), Prácticas antisociales (**T-39**) y Personalidad tipo A (**T-42**), los alcohólicos de esta categoría obtuvieron puntuaciones altas en las escalas de Ansiedad (**T-75**), Obsesividad (**T-71**), Depresión (**T-84**), Preocupación por la salud (**T-77**), Enojos (**T-74**), Baja autoestima (**T-70**), Dificultad en el trabajo (**T-72**) y Rechazo al tratamiento (**T-83**). Ver gráfica 27.

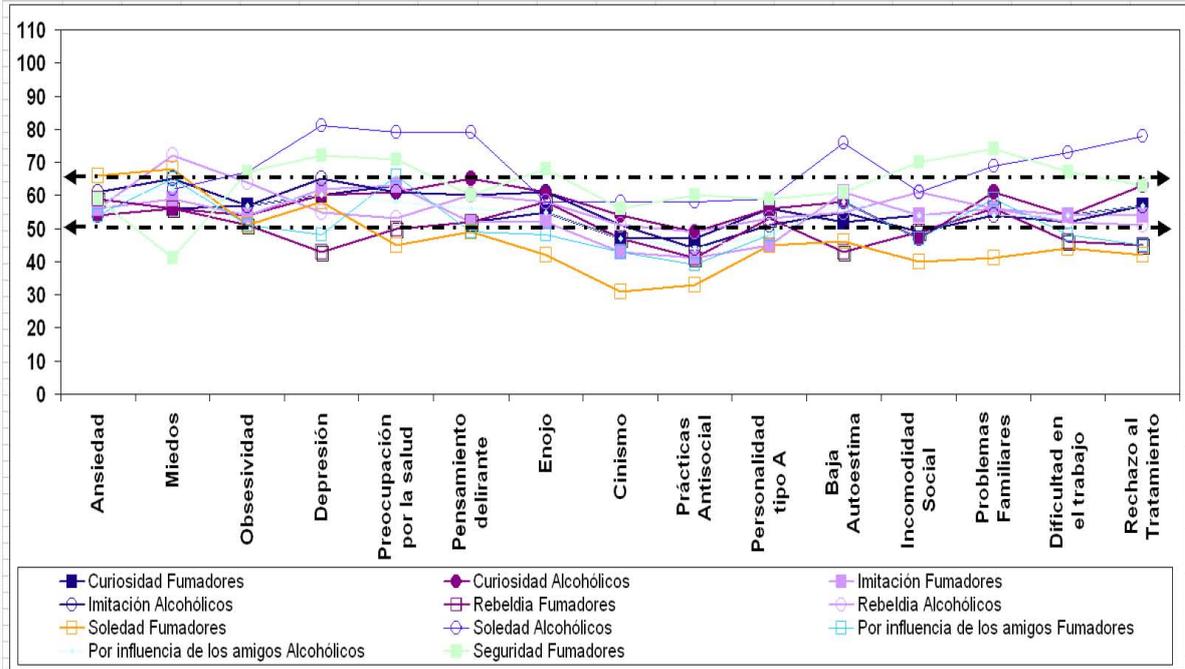
PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR ESTADO CIVIL



Gráfica 27

Por motivo de inicio muestra que los fumadores por imitación obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Cinismo (T-43) y Prácticas antisociales (T-41); los alcohólicos obtuvieron el mismo puntaje en esta escala. Los fumadores por rebeldía muestran puntuaciones bajas en las escalas de Depresión (T-43), Prácticas antisociales (T-41), Baja autoestima (T-43) y los alcohólicos alta en la escala de Miedos (T-72). Los fumadores por soledad en Pensamiento delirante (T-44), Enojo (T-42), Cinismo (T-31), Prácticas antisociales (T-41), Incomodidad social (T-40), Personalidad tipo A (T-41), Dificultad en el trabajo (T-42) y Rechazo al tratamiento (T-42) y los alcohólicos altas en Depresión (T-81), Preocupación por la salud (T-79), Pensamiento delirante (T-76), Baja autoestima (T-76), Dificultad en el trabajo (T-73) y Rechazo al tratamiento (T-78). Los fumadores por influencia de los amigos obtuvieron puntuaciones bajas en Pensamiento delirante (T-44), Cinismo (T-43) y Prácticas antisociales (T-39), los alcohólicos en esta misma escala con (T-44). Los fumadores por seguridad obtuvieron una puntuación alta en la escala de Depresión (T-72), Preocupación por la salud (T-71), Incomodidad social (T-70) y Problemas familiares (T-74). Cabe mencionar que dentro de la muestra no hubo alcohólicos por seguridad. Ver gráfica 28.

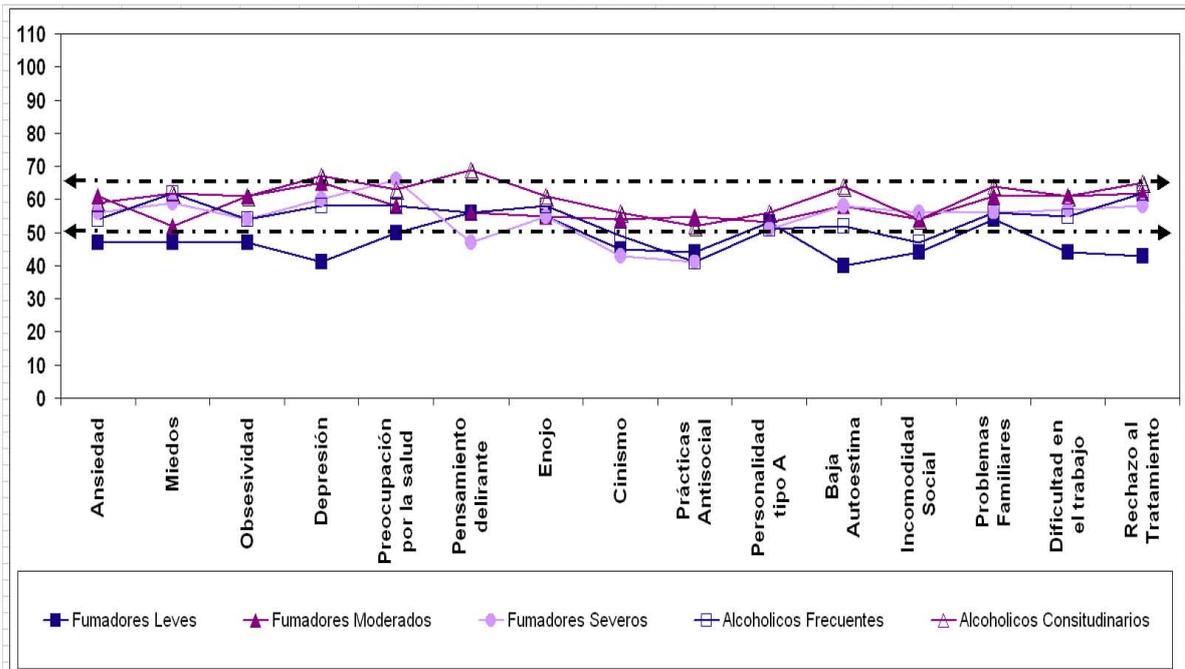
PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR MOTIVO DE INICIO



Gráfica 28

En su cantidad de consumo muestra que los fumadores leves obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Depresión (T-41), Cinismo (T-45), Prácticas antisociales (T-44), Baja Autoestima (T-40), Incomodidad social (T-44), Dificultad en el trabajo (T-44) y Rechazo al tratamiento (T-44), los fumadores severos en las escalas de Cinismo (T-43) y Prácticas antisociales (T-41) y los alcohólicos frecuentes la misma puntuación en esta escala. Ver gráfica 29.

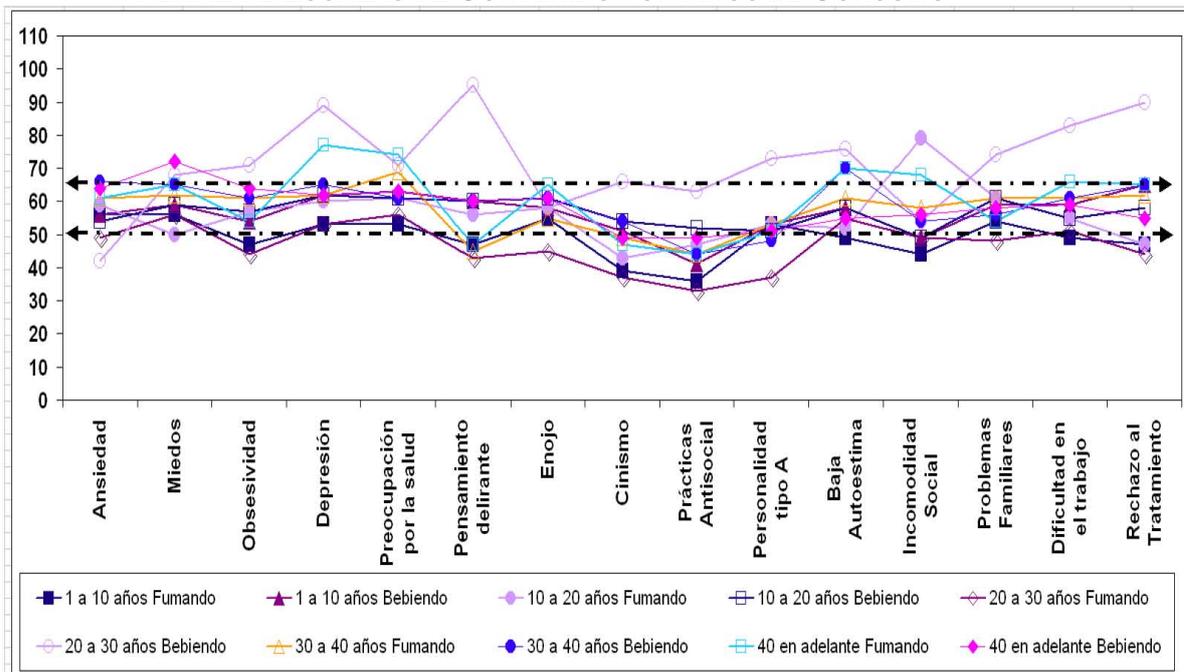
PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR CANTIDAD DE CONSUMO



Gráfica 29

En cuanto a sus años de consumo muestra que los fumadores de 1 a 10 años de consumo obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Cinismo (T-39), Prácticas antisociales (T-36) e Incomodidad social (T-44), Los alcohólicos de 10 a 20 años obtuvieron una puntuación baja en la escala de Cinismo (T-43) y alta en la escala de Incomodidad social (T-79). Los fumadores de 20 a 30 años de consumo obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Obsesividad (T-44), Pensamiento delirante (T-43), Enojo (T-45), Cinismo (T-37), Prácticas antisociales (T-33), Personalidad tipo A (T-37) y Rechazo al tratamiento (T-44); los alcohólicos en la escala de ansiedad (T-42) y altas en Obsesividad (T-71), Depresión (T-89), Preocupación por la salud (T-71), Pensamiento delirante (T-95), Personalidad tipo A (T-73), Baja autoestima (T-76), Problemas familiares (T-74), Dificultad en el trabajo (T-83) y Rechazo al tratamiento (T-90). Los fumadores de 30 a 40 años obtuvieron una puntuación baja en las escalas de Pensamiento delirante (T-45) y Prácticas antisociales (T-44); los alcohólicos en Baja autoestima (T-71). Los fumadores de 40 años en adelante obtuvieron puntuaciones elevadas en las escalas de Depresión (T-77), Preocupación por la salud (T-74) y Baja autoestima (T-70) y los alcohólicos en Miedos (T-72). Ver gráfica 30.

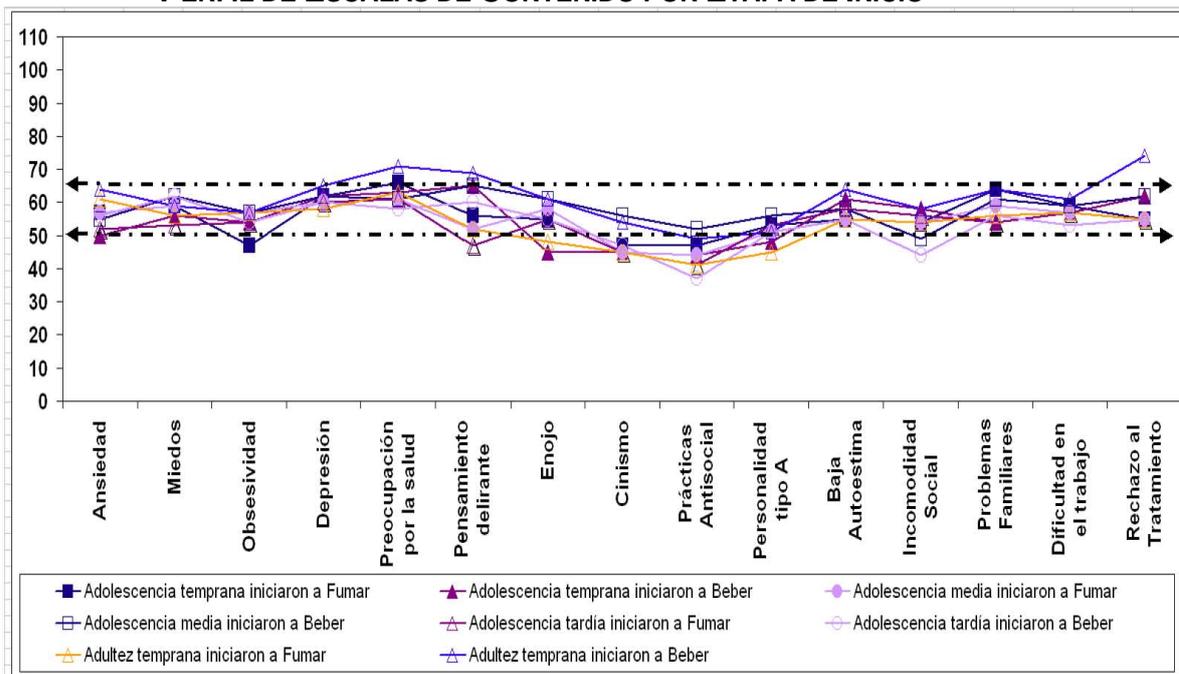
PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR AÑOS DE CONSUMO



Gráfica 30

Por último en las escalas de contenido por etapa de inicio muestra que los fumadores que iniciaron su consumo en la adolescencia temprana obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de Enojo (T-45), Cinismo (T-45), y Prácticas antisociales (T-44). Los fumadores de adolescencia media en las escalas de Prácticas (T-44) y Cinismo (T-45). Los fumadores de adolescencia tardía en las escalas de Cinismo (T-41), Prácticas (T-41) y Pensamiento delirante (T-47); los alcohólicos en Prácticas (T-37) e Incomodidad social (T-44). Los fumadores de adultez temprana en las escalas de Cinismo (T-45), Prácticas antisociales (T-41) y Pensamiento delirante (T-45); los alcohólicos altas en Rechazo al tratamiento (T-74) y Preocupación por la salud (T-71). Ver gráfica 31.

PERFIL DE ESCALAS DE CONTENIDO POR ETAPA DE INICIO



Gráfica 31

INTERPRETACION RESULTADOS

La muestra utilizada en estudio fue de tipo accidental y por conveniencia representada por tres subgrupos, abstemios, fumadores y alcohólicos, se consideraron las variables de sexo, edad, estado civil y escolaridad. El Cuestionario de Patrón de consumo se aplicó solo para los fumadores y los alcohólicos, determinando las variables: motivo de inicio, cantidad de inicio, años de adicción, edad de inicio.

Este análisis cuantitativo a través del Inventario de Personalidad de Minnesota MMPI-2 evalúa perfiles de personalidad, relacionados con la adicción al tabaco, la adicción al alcohol y los abstemios. Dicho instrumento consta tres escalas: a) básicas, b) suplementarias y c) de contenido a continuación se realizará la interpretación de resultados de cada escala:

Escalas Básicas

Interpretación por sexo

El inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 en las escalas básicas por sexos mostró que las **mujeres abstemias** presentan rasgos de Hipocondriasis, Esquizofrenia, Desviaciones Psicopáticas y Manía. Las características de Hipocondriasis que presentan son: aislamiento, poco interés en los demás, y no manifiesta síntomas físicos. En la escala de Esquizofrenia las puntuaciones describen características tales como personas convencionales, conservadoras, autocontroladoras y sumisas. En Manía tienen características de apatía, pesimismo, timidez y dependencia. Las características de Desviaciones Psicopáticas que manifiestan es de ser personas inestables, inmaduras, centradas en sí mismas y con conductas antisociales. Los **hombres abstemios** manifiestan puntuaciones en las escalas de Psicostenia, Esquizofrenia, Manía, Extroversión. La interpretación en la escala de psicostenia refleja características de seguridad, relajación, tranquilidad, tenacidad y eficiencia, por lo tanto son diferentes a las mujeres abstemias que son inseguras. En esquizofrenia son similares a las mujeres abstemias en cuanto actitudes de ser conservadores y convencionales. En Manía muestran que son más sociables y amigables al contrario que las mujeres abstemias. Son sujetos responsables, realistas, equilibrados y entusiastas. En Extroversión reflejan que son enérgicos, activos, con entereza, amistosos y platicadores.

Las **mujeres alcohólicas** reflejan rasgos de Manía, Desviaciones Psicopáticas. Las características de manía que presentan son apatía, pesimismo, timidez, dependencia, falta de energía y motivación para realizar cualquier actividad, tienen poca autoconfianza, con tendencias depresivas y fatiga. Kidford y Lang (1999) en sus estudios con alcohólicos describen que estos manifiestan rasgos depresivos y antisociales. En Desviaciones psicopáticas presentan poca capacidad de juicio, inestabilidad, irresponsabilidad e inmadurez, conductas antisociales, explotadoras y

agresivas estas características se sustentan en los estudios realizados por Medina (1991) al encontrar desviaciones psicopáticas en los alcohólicos.

Las **mujeres fumadoras** reportan rasgos en las escalas de Manía, Extroversión- Introversión. Las características de Manía son diferentes en comparación con las mujeres abstemias y alcohólicas, ya que son extravagantes, comunicativas e irritables, quizá se deba que el fumar disminuye los niveles de ansiedad y esto conlleva a que baje su irritabilidad (Ellickson, 1999.) Muestran hiperactividad, dispersión, confusión, toman decisiones impulsivas y poco control de sus emociones, el fumar les permite reprimir enojos, frustración, irritabilidad, etc. (Sansores, 1998). En Extroversión presentan características de sociabilidad, calidez, docilidad, exhibicionismo y manipulación.

Por etapa de desarrollo

Por etapa de desarrollo **los abstemios de edad adulta intermedia** presentan Histeria, las características de esta son reacciones exageradas de problemas, egocentrismo, egoísmo, cinismo, pesimismo y son demandantes. Quizá se manifiestan estas características porque en los alcohólicos y en los fumadores se encuentran inhibidos por su adicción y los abstemios lo manifiestan abiertamente (Osio, 2006.)

Por escolaridad

En los tres niveles de escolaridad **los abstemios** describen puntuaciones en las escalas de Psicastenia, Esquizofrenia, Manía y Desviaciones Psicopáticas. Las interpretaciones en Psicastenia son: autoconfianza, seguridad, relajación, tranquilidad, tenacidad y eficiencia. Las puntuaciones en la escala de Esquizofrenia reflejan que son convencionales, conservadores y autocontrolados. En Manía las puntuaciones se interpretan que son sociables, responsables, realistas y equilibrados. Por lo tanto el no tener ningún problema con las adicciones les permite una buena salud mental a diferencia de los alcohólicos y los fumadores.

Los fumadores con secundaria presentan rasgos de Manía, Histeria y Depresión. Las puntuaciones en la escala de Manía reflejan que son amigables y confiables. En cuanto a la escala de Histeria muestran reacciones exageradas ante los problemas, centrándose en sí mismos, son egoístas, demandantes, cínicos, pesimistas y se derrotan fácilmente, manifestando síntomas físicos y malestares. En depresión describen características de tristeza, falta de energía y concentración, molestias físicas tienen poca autoconfianza, sentimientos de inadecuación, autoreproches, angustia, se sienten miserables y desdichados. Las características de depresión como: tristeza, falta de energía y concentración, malestares físicos, sin confianza en sí mismos, manifestando autoreproches y angustia se sustentan con los estudios de Rabois, 1997.

Los **alcohólicos con secundaria** manifiestan rasgos de Esquizofrenia, lo que significa que tienen alteraciones del pensamiento, conductas excéntricas, aislamiento, poco contacto con la realidad y tendencias delirantes. En un estudio que se encontró que los alcohólicos pueden tener desintegración en su personalidad y padecer demencia (Verheul y cols., 1998.)

Por lo anterior el grado de escolaridad no es un factor que influya en las características de la personalidad de las adicciones sino la adicción las determina.

Por estado civil

Los abstemios solteros tienen puntuaciones en las escalas de Esquizofrenia y Manía. Las puntuaciones en la escala de Esquizofrenia se interpretan como características de ser adaptables, de la siguiente forma son sociables, amigables, responsables, realistas y entusiastas. **Los abstemios casados y los de unión libre** presentan rasgos de Psicastenia y Esquizofrenia. Las puntuaciones en la escala de Psicastenia se interpretan como características de puntualidad, confiabilidad, organización, autoconfianza y buena adaptación. . Las puntuaciones en la escala de Esquizofrenia se interpretan con las mismas características de los abstemios solteros. **Los fumadores solteros** manifiestan características de Psicastenia como: de inseguridad, preocupación, ansiedad, aprensión, miedo al fracaso, meticulosidad, indecisión, moralismo, tensión e infelicidad. **Los fumadores en unión libre y los divorciados** manifiestan los mismos rasgos de Histeria como exageración de los problemas, egocentrismo, egoísmo, cinismo, pesimismo, demandantes e inestabilidad. Por lo anterior se determina que el estado civil no influye en las características sino que es la misma adicción la que determina los rasgos patológicos (Osio, 2006).

Por motivo de inicio

En cuanto al análisis del Cuestionario del Patrón de consumo aplicado solo a los fumadores y a los alcohólicos se interpretaron las características de motivo de inicio, cantidad de consumo, años de adicción y edad de inicio, a continuación se interpretaran cada una de estos:

Por su motivo de inicio los **fumadores que iniciaron su consumo por rebeldía** presentan puntuaciones que se interpretan en la escala de Manía, de ser amigables, sociables, responsables, entusiastas, realistas y equilibrados.

Los **alcohólicos de rebeldía** en Psicastenia y las puntuaciones se interpretan como: puntuales, confiables se adaptables y organizados. Aunque los fumadores y los alcohólicos presentan características positivas, se debe a que su adicción les permite disfrazar la adicción.

Los **fumadores que iniciaron su consumo por soledad** presentan rasgos de Psicastenia, Manía y Extroversión. Las puntuaciones en la escala de Psicastenia se interpretan como: características de ser puntuales, confiables, adaptables e indican y organizados. En manía presentan

características de apatía, pesimismo, timidez, dependencia, falta de energía, poca confianza, depresión y fatiga. En Extroversión reflejan ser amistosos y platicadores. Cabe mencionar que aunque presentan características de ser personas organizadas y amigables; manifiestan pesimismo y depresión, ya que su sentimiento de soledad los lleva a fumar y les permite sociabilizar (Covey, 1994). Estos resultados se sustentan con los estudios de Ellikson PL y Jinnett K al encontrar que el fumar y los estados emocionales es dinámico ya que si el fumador se siente triste y solo, el cigarro se convierte en un compañero y refugian sus emociones.

Los alcohólicos que iniciaron su consumo por soledad reflejan rasgos de Paranoia, Psicastenia y Esquizofrenia. Las características de Paranoia que manifiestan son alteraciones del pensamiento, creencias equivocadas, ideas de referencia, vengativos, preocupados, fantasías y delirios. En Esquizofrenia reflejan características, conductas excéntricas, aislamiento, poco contacto con la realidad, tendencias delirantes, alucinaciones y autismo. Estas características son similares a las que se mencionan en 1984 por la revista *Journal of Abnormal Psychology* en la que hacen referencia de que los alcohólicos tienen poco contacto con la realidad y a medida que avanza la enfermedad muestra rasgos esquizoides y paranoides. Las características de Psicastenia que manifiestan son inseguridad, ansiedad, preocupación, aprensión, miedo al fracaso, son meticulosos, indecisos, tensos e infelices. Esto se sustenta en los estudios de Pierce Clarck en 1919 donde destaca el hecho de que la soledad conlleva a la adicción del alcohol.

Los fumadores que iniciaron su consumo por influencia de los amigos tienen características de Psicastenia, Esquizofrenia y Manía. Los rasgos de Psicastenia que manifiestan son las mismas de los fumadores por soledad. Las puntuaciones en la escala de Esquizofrenia se interpretan como: características de ser confiables, adaptables y equilibrados. Aunque las características de Manía reflejan apatía, pesimismo, timidez dependencia, falta de energía, poca confianza, depresión fatiga. La timidez y dependencia de los demás conllevan a que estos sean más vulnerables en las influencias negativas en 1998, la revista *Tobacco control* publicó un artículo donde se descubrió que la influencia de los amigos y la familia es un determinante para iniciar la adicción al tabaquismo. **Los alcohólicos que iniciaron su consumo por influencia de los amigos** las puntuaciones en la escala de Manía se interpretan como características de ser amigables, sociables, responsables, entusiastas, realistas y equilibrados.

Cabe mencionar que los rasgos de Manía de los alcohólicos son diferentes a los fumadores ya que estos tienen tendencias depresivas en cambio los alcohólicos son más sociables y la influencia de los amigos conllevó a que se volvieran adictos al alcohol.

Los fumadores que iniciaron su consumo para sentirse más seguros reflejan Psicastenia e Introversión. Las características de Psicastenia que presentan es que son inseguros ansiosos, preocupados, aprensivos, tienen miedo al fracaso, son meticulosos, indecisos, tensos e infelices. El fumar

les ayuda a manejar estos estados emocionales negativos (Niura y cols. 2002.) En Introversión describen características de aislamiento, distanciamiento, son retraídos, meditativos, inseguros e indecisos. Lo anterior se respalda con una encuesta donde se determinó que los fumadores manifestaron que el cigarro los ayuda a tranquilizarse, les causaba placer, los hacía sentirse más seguros, afirmaron que encontraban con más hombría a los fumadores del sexo opuesto y que las mujeres lucen más atractivas cuando están fumando. (OPS, 1999.)

Por cantidad de consumo

Por la cantidad de su consumo **los fumadores leves** presentan puntuaciones en la escala de Psicastenia que se interpretan con características de puntualidad, confiabilidad, adaptación y organización. Por último en Extroversión son personas cálidas, dóciles, aunque también manipuladoras, exhibicionistas, son autoafirmativos y tolerantes. El tener un consumo leve refleja que no hay deterioro de la personalidad (Osio, 2006.)

Por años de adicción

Los fumadores que tienen 20 a 30 años con su adicción presentan características Maníacas como apatía, pesimismo, timidez, dependencia, falta de energía, poca confianza, depresión y se fatiga. **Los alcohólicos de 20 a 30 años con su adicción** presentan rasgos de Manía, Extroversión y Desviaciones psicopáticas. Las características de Manía que presentan son apatía, dependencia y tendencias depresivas. En Extroversión reflejan ser personas cálidas, dóciles, manipuladoras, exhibicionistas, autoafirmativos, tolerantes consigo mismos. Las características de Desviaciones psicopáticas que presenta son poca tolerancia al aburrimiento, al tedio, problemas con la autoridad, problemas maritales, de trabajo; son hostiles, rebeldes, superficiales en sus relaciones interpersonales, emocionales, no tienen remordimientos, tendencia a las adicciones y pocos logros. Por lo anterior las características más relevantes de los alcohólicos con 20 a 30 años de adicción es que van desde la euforia hasta la depresión es decir presentan rasgos maniaco depresivos por lo que se sustenta con que el alcoholismo está relacionado con la psicosis maniaco-depresiva (Kielholz, 1920).

Los fumadores y los Alcohólicos de 30 a 40 años de adicción tienen los mismos rasgos de Manía, las características son apatía, pesimismo, timidez, dependencia, poca energía, falta de motivación, sin autoconfianza, depresión y fatiga. Cabe mencionar que no existe ninguna diferencia de rasgos de Manía entre los fumadores y los alcohólicos de 20 a 30 años de adicción a los que tienen de 30 a 40 años.

Los fumadores de 40 años en adelante con su adicción describen rasgos de Histeria, Depresión, Hipocondriasis y Esquizofrenia. Las características de Histeria que presentan son rasgos esquizoides, fantasías, delirios corporales extraños, inmovilizaciones, síntomas y quejas. Las características de

Hipocodriasis que manifiestan son mecanismos de defensa de disociación y la negación, síntomas, quejas funcionales específicas, ingenuidad y poca capacidad de insight, demandantes y conconductas histriónicas. Los rasgos de Esquizofrenia que manifiestan son: creencias raras, reacciones grotescas, retraimiento, alineados, convencionales, dudan de sí mismos, confusión de identidad, dificultad para concentrarse y para pensar. En 1994, la revista *Critical Issues in the treatment of affective disorders* publicó que los fumadores tienen niveles más altos de sintomatología psiquiátrica, esto se apoya en los resultados obtenidos al encontrar rasgos psicopatológicos como: tendencias depresivas, esquizoides y mayor sintomatología psiquiátrica. **Los alcohólicos de 40 años en adelante** presentan Desviaciones psicopáticas como: poca tolerancia al aburrimiento y al tedio, problemas con la autoridad, maritales así como de trabajo; hostilidad, rebeldía, superficiales en sus relaciones interpersonales, en sus emociones, sin culpabilidad, ni remordimientos, tendencia a las adicciones y pocos logros. Estas características son muy diferentes a los fumadores ya que los alcohólicos presentan rasgos antisociales.

Por edad de inicio

En cuanto a la edad de inicio **los fumadores que empezaron su consumo en adolescencia tardía** presentan rasgos de Histeria, como: reacciones exageradas de problemas, egocentrismo, egoísmo, cinismo, pesimismo, son demandantes, se derrotan fácilmente, manifiestan exageradamente malestares físicos. **Los alcohólicos que empezaron su consumo en adolescencia temprana** manifiestan Histeria, lo que conlleva a que empiecen a consumir alcohol a más temprana edad, exagerando los problemas que tienen, pensando y siendo demandantes en sus relaciones interpersonales (Papalia, 1997.) esto se sustenta con un estudio de la revista *Liberadicictus* publicado que el alcoholismo es una enfermedad que produce un desgaste físico y psicológico impresionante. La principal característica del desgaste psicológico del alcohólico es la parálisis de su desarrollo emocional. Es decir, un alcohólico activo no crece emocionalmente esta psicológicamente atrofiado porque para enfrentar los diferentes conflictos de su vida o para evadirse de ellos, ha recurrido siempre a la muleta emocional del alcohol. Por lo tanto, en el alcohólico se presentan serias limitaciones en el proceso de madurez de su personalidad, que eventualmente lo llevaron al desarrollo de su alcoholismo, y a su vez se produce un estancamiento en el crecimiento emocional (Cervantes, 2002).

Los fumadores que empezaron su consumo en adultez temprana manifiestan Manía por lo que manifiestan apatía, pesimismo, timidez, dependencia, falta de energía y autoconfianza, depresión y fatiga, por lo que los fumadores que iniciaron su consumo en esta etapa de su vida es porque en la adultez temprana se manifiestan los estilos y rasgos de la personalidad es decir ya forman parte de su personalidad y estos los reflejan desde la adolescencia temprana como la ansiedad, depresión, histeria etc. (Papalia, 1997.) Esto los predispone a fumar para tener mayor seguridad y a controlar su depresión.

Escalas suplementarias

Por sexo

El inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 en las escalas suplementarias por sexos mostró que las puntuaciones en las escalas de Responsabilidad y Evitación social se interpretan para las **mujeres abstemias** como falta de percepción para afrontar las consecuencias de sus actos, dignas de poca confianza y no saben interactuar en grupo. En Evitación social describen características de repudio a las actividades en grupo y a las multitudes. **En hombres abstemios** las puntuaciones en las escalas de Ansiedad y en la Fortaleza del yo se interpretan como: Las características en la escala de Ansiedad que manifiestan son enérgicos, competitivos, extrovertidos, son intolerantes a la frustración y prefieren la acción a la reflexión. En la Fuerza del yo describen características de espontaneidad buen contacto con la realidad, suficiencia personal, buen funcionamiento físico manejan bien el estrés y los problemas.

Las mujeres fumadoras y los hombres fumadores presentan baja Fuerza del Yo, Represión, poca Dominancia y sin Responsabilidad social. Las características bajas en la Fuerza del Yo son inhibición, malestares físicos, incapacidad de manejo de las presiones, un pobre concepto de sí mismos, dificultad de adaptación ante las situaciones problemáticas. Es importante mencionar que tanto los fumadores y los alcohólicos presentan en todas las variables baja Fortaleza del yo. Las características de Represión son desinhibidos, enérgicos, expresivos, poco formales, inquietos astutos agresivos y dominantes. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En la escala de Responsabilidad social las puntuaciones se interpretan como: irresponsabilidad, poco dignos de confianza y falta de integridad. Cabe mencionar que no existen diferencias en ninguno de los géneros y estas características son similares a los estudios realizados por Sherphord, Rode y Ross quienes describen, a los fumadores con una personalidad pretoxicomana, cuyos individuos son inseguros, con poca tolerancia a la frustración, dependientes afectivamente, carentes de control interno e inmaduros en general. Dichos investigadores piensan que el fumar esta relacionado en realidad con un carácter dependiente femenino en los hombres y con características masculinas agresivas.

Las mujeres alcohólicas tienen Baja Fuerza del Yo, Dominancia y alta puntuación en la Escala de Alcoholismo de Mac Andrew. Las características de Dominancia y Fuerza del Yo son iguales que los fumadores. En la escala de Mac Andrew presentan características de abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y tienen preferencia a las situaciones de riesgo. **Los hombres alcohólicos** tienen los mismos rasgos que las mujeres alcohólicas, también presentan rasgos de falta de Responsabilidad social son: dignos de poca confianza y falta de

integridad. Cabe mencionar que los fumadores y los alcohólicos presentan los mismos rasgos de personalidad aunque los alcohólicos son más extrovertidos y exhibicionistas ya que el alcohol ayuda a ser más extrovertidos y a desinhibirse.

Por etapa de desarrollo

Los abstemios de edad adulta temprana describen rasgos de Hostilidad reprimida y baja puntuación en la escala de Mac Andrew. Las características de Hostilidad Reprimida son buen manejo de su agresividad. En la escala de Mac Andrew describen características de introversión timidez. **Los fumadores de edad adulta temprana** en Represión y baja Fortaleza del Yo. En la escala de Represión las puntuaciones se interpretan como: ser desinhibidos, enérgicos, expresivos, poco formales, inquietos astutos agresivos y dominantes. **Los alcohólicos de edad adulta temprana** tienen baja Fuerza del Yo, Dominancia, sin Responsabilidad social y alta en la escala de Mac-Andrew. En Dominancia y en la Fuerza del yo son iguales que los fumadores. Las características de falta Responsabilidad social son irresponsabilidad, poco dignos de confianza y falta de integridad. En la escala Mac Andrew manifiestan características de abuso de sustancias adictivas, extrovertidos, exhibicionistas y gusto por las situaciones de riesgo.

Los abstemios de edad adulta intermedia presentan Represión, baja puntuación en la escala Mac- Andrew, Hostilidad Reprimida y Dominancia Las características de Represión que presentan son convencionales, sumisas y evitan los disgustos y las situaciones desagradables. En la escala Mac-Andrew presentan las mismas características que los abstemios de edad adulta temprana. En Hostilidad reprimida describen características de responder adecuadamente a la provocación por otras personas y buen manejo de agresividad. En Dominancia reflejan de seguridad, iniciativa social, perseverancia y liderazgo. **Los fumadores de edad adulta intermedia** manifiestan baja Fortaleza del Yo y Dominancia y son las mismas a la de los fumadores de edad adulta temprana. **Los alcohólicos de edad adulta intermedia** describen baja Fortaleza del yo, Dominancia y falta de Responsabilidad social.

Cabe mencionar que la edad no influye en los rasgos de la personalidad sino que es la adicción la que determina ciertos rasgos patológicos.

Por escolaridad

Los abstemios con secundaria reflejan baja Fuerza del yo y Alcoholismo de Mac- Andrew. Las características de la Fortaleza del yo son un pobre concepto de sí mismos, dificultad de adaptación ante las situaciones problemáticas. En la escala Mac- Andrew describen características de introversión timidez. **Los fumadores con Secundaria** presentan baja Fuerza del Yo, poca Dominancia y falta Responsabilidad social. En la Fuerza del yo describen las mismas características de los abstemios fumadores. Las puntuaciones en la escala de

Dominancia se interpretan como: sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En falta de Responsabilidad social manifiestan irresponsabilidad, son dignos de poca confianza y falta de integridad. **Los alcohólicos con secundaria** presentan los mismos rasgos en baja Fortaleza del Yo, poca Dominancia, falta de Responsabilidad social, Desorden de estrés postraumático de Schelenger y Keane, Alineación social y altos en la escala Mac Andrew. En alineación con sí mismo y con los demás presentan características de baja autoestima, falta de confianza, baja autoestima, cuestionamiento del juicio propio, sentimientos de incapacidad, nerviosismo, temores, indecisión y desconfianza en los demás. En la escala Mac- Andrew manifiestan características de abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y preferencia por las situaciones de riesgo.

Los abstemios con Preparatoria manifiestan Alineación a sí mismo y a los demás como: autoconfianza, autoestima e interactúan bien con los demás. **Los fumadores con preparatoria** presentan baja Fuerza del yo y poca Dominancia. En la escala de Dominancia las puntuaciones se interpretan como: características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. **Los alcohólicos con Preparatoria** tienen los mismos rasgos de los fumadores de poca Dominancia, baja Fortaleza del yo y falta de Responsabilidad social en esta reflejan características de irresponsabilidad, poco dignos de confianza y falta de integridad.

Los abstemios con licenciatura presentan en la escala Mac- Andrew describen características de introversión timidez y no tienen ningún problema con las adicciones. En desorden de Keane y Schelenger reflejan que no tienen padecimiento psiquiátrico. En Responsabilidad social manifiestan características de capacidad para aceptar las consecuencias de su propia conducta, son personas dignas de confianza, íntegros, responsables. **Los fumadores con licenciatura** presentan falta Responsabilidad social en esta reflejan características de irresponsabilidad, poco dignos de confianza y falta de integridad. Los alcohólicos con licenciatura tienen poca Dominancia y alta puntuación en la escala Mac- Andrew. En Dominancia manifiestan características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En la escala Mac- Andrew manifiestan características de abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y preferencia por las situaciones de riesgo.

Es importante mencionar que la escolaridad no influye en los rasgos de personalidad ya que los fumadores y los alcohólicos presentan características similares en todos los grados de escolaridad. Sin embargo en los abstemios si existen diferencias ya que los abstemios con secundaria tienen baja autoestima y un pobre autoconcepto, en cambio los abstemios con preparatoria son más seguros y los abstemios con licenciatura son más confiables y responsables lo que indica que mientras más escolaridad tengan reflejan mejores características.

Por estado civil

Por estado civil **los abstemios solteros** tienen baja Puntuación en la escala de Mac- Andrew. En la escala Mac- Andrew describen características de introversión timidez y no tienen ningún problema con las adicciones. **Los fumadores solteros** manifiestan baja Fortaleza del yo y Hostilidad Reprimida en esta manifiestan características de responder adecuadamente a las provocaciones pero a veces muestran una reacción exagerada de agresividad. **Los alcohólicos solteros** presentan poca Represión, baja Fortaleza del yo, alta puntuación en la escala Mac- Andrew, poca Dominancia y falta de Responsabilidad social. En la escala de Represión las puntuaciones se interpretan como: desinhibidos, enérgicos, expresivos, poco formales, inquietos astutos agresivos y dominantes. En la escala Mac- Andrew manifiestan características de abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y preferencia por las situaciones de riesgo. En la escala de Dominancia las puntuaciones se interpretan como: características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En la escala de Responsabilidad social las puntuaciones se interpretan como irresponsabilidad, poco dignos de confianza, falta de integridad y responsabilidad con los demás.

Los abstemios casados manifiestan Alineación social y las puntuaciones en la escala de Ansiedad se interpretan como: características de ser enérgicos, competitivos y extrovertidos. En Alineación a sí mismo presentan características de buena autoestima y autoconfianza. **Los fumadores casados** presentan baja Fortaleza del yo, falta de Dominancia y Responsabilidad social. En la escala de Dominancia las puntuaciones reflejan características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En la escala de Responsabilidad social las puntuaciones reflejan características de irresponsabilidad, poco dignos de confianza, falta de integridad y responsabilidad con los demás. **Los alcohólicos casados** reflejan los mismos rasgos de los fumadores en falta de Dominancia.

Los fumadores divorciados describen Ansiedad, Represión, Hostilidad reprimida, falta Dominancia y Responsabilidad social, Desadaptación profesional, Desorden de Keane y Schelenger, Tímidez y Evitación social. En Ansiedad describen características de inhibición, control exagerado de sus impulsos, indecisos, inseguros, sumisos, ansiosos, angustiados y con problemas emocionales. Esto se sustenta con un estudio realizado en 1993 por la revista científica de *Am J Psychiatry* publico donde se descubrió que tanto en hombres como en mujeres existe una relación entre el desorden de la ansiedad generalizada y el tabaquismo. En Represión presentan características de ser convencionales y sumisas. En Hostilidad Reprimida presentan características de agresividad. En Desadaptación profesional manifiestan características de falta de adaptación, ineficiencia, pesimismo y con problemas emocionales. Las características de Desorden de Estrés de Schelenger y Keane son padecer de este desorden psiquiátrico. En Timidez presentan características de inseguridad, falta de confianza y timidez. En alineación a sí mismo reflejan baja autoestima. Estas características quizá se deba a que el

divorcio afecta emocionalmente a los fumadores ya que significa un fracaso y se vuelven más indecisos, inseguros, pesimistas y lo reflejan en el aspecto profesional y personal. **Los alcohólicos divorciados** son iguales a los fumadores en la Fuerza del Yo, Timidez y Alineación social. En diversos estudios se reportó que el estatus marital en los sujetos con problemas por alcohol, fue con más frecuencia solteros, divorciados o separados. (Ramírez J., Díaz A., Gutiérrez J., Alfaro J. Y Iñiguez O. 2002).

Los abstemios de unión libre manifiestan Represión, Desadaptación Profesional y Alineación así mismo. En Represión presentan características de ser sumisos y convencionales. En Desadaptación profesional manifiestan características de falta de adaptación, ineficiencia, pesimismo y con problemas emocionales. En alineación a sí mismo reflejan baja autoestima. Estas características son diferentes a los abstemios casados ya que estos si tienen buena autoestima y confianza, aunque también son iguales a los abstemios solteros ya que son sumisos e introvertidos. **Los fumadores en unión libre** en la Fuerza del Yo y son las mismas que los fumadores solteros y los casados. **Los alcohólicos en Unión Libre** presentan las mismas características de los fumadores divorciados.

Por motivo de inicio

En cuanto al motivo de inicio **los fumadores que iniciaron su consumo por curiosidad** describen baja Fortaleza del yo, poca Dominancia y falta de Responsabilidad social. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En falta de Responsabilidad social manifiestan irresponsabilidad, son dignos de poca confianza y falta de integridad. **Los alcohólicos que iniciaron su consumo por curiosidad** presentan mismos rasgos de poca Dominancia y falta de Responsabilidad social, además tuvieron puntuaciones altas en las escalas de Mac. Andrew y Evitación social. En la escala Mac- Andrew manifiestan características de abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y preferencia por las situaciones de riesgo. En Evitación social describen características de repudio a las actividades en grupo y a las multitudes.

Los fumadores y los alcohólicos que iniciaron su consumo por imitación tienen de baja Fortaleza del Yo y falta Responsabilidad social las cuales son las mismas características que los que iniciaron su consumo por curiosidad.

Los fumadores que iniciaron su consumo por rebeldía reflejan baja puntuación en la escala Mac- Andrew, Timidez y Alineación así mismo. En la escala Mac- Andrew las puntuaciones denotan introversión, timidez y poca confianza. En Timidez reflejan baja autoestima y falta de seguridad. En la escala de Alineación al yo y a los demás presentan características como: nerviosismo, temores e indecisión. **Los alcohólicos que iniciaron su consumo por rebeldía** muestran falta de Responsabilidad social y Alineación del yo y a los demás. En falta de Responsabilidad social manifiestan

irresponsabilidad, son dignos de poca confianza, falta de integridad y responsabilidad con los demás. En Alineación al yo reflejan baja autoestima, poca confianza, autocrítica a sí mismos, cuestionamientos del juicio propio y sentimientos de incapacidad.

Los fumadores que iniciaron su consumo por soledad presentan baja puntuación en la escala Mac- Andrew, Alineación social estas características son las mismas que los fumadores por rebeldía, también presentan rasgos de Hostilidad Reprimida los cuales son: responder adecuadamente a las provocaciones pero ocasionalmente muestran reacciones de agresividad exagerada sin provocación aparente.

Los fumadores que iniciaron su consumo por influencia de los amigos tienen baja Fortaleza del yo, Hostilidad Reprimida y Responsabilidad social. En Hostilidad reprimida reflejan agresividad. En Responsabilidad social presentan características como buena adaptación en grupo y dignos de confianza. Estas características son diferentes a los fumadores por curiosidad, imitación, rebeldía y soledad quizá se deba a que el tener un pobre concepto de sí mismos los conlleva a que sean más influenciables y esto se respalda con un estudio en donde se descubrió que los adolescentes tienden a reunirse con otros chicos que fuman y que estos suelen tener una imagen devaluada de sí mismos (Covey, 1994). Lo anterior se respalda con un estudio por la revista *Tobacco control* público un artículo en 1998 donde se descubrió que la influencia de los amigos y la familia es un determinante para iniciar la adicción al tabaquismo ya que los hijos de padres fumadores ven normal esta adicción que es totalmente aceptada en el núcleo familiar. **Los alcohólicos que iniciaron su consumo por influencia de los amigos** reflejan de baja Fortaleza del yo, poca Dominancia, falta de Responsabilidad social, alta puntuación en la escala Mac-Andrew, Desorden de Keane y de Schelenger y Alineación del yo. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En falta de Responsabilidad social manifiestan irresponsabilidad, son dignos de poca confianza y falta de integridad. En la escala Mac- Andrew manifiestan características de abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y preferencia por las situaciones de riesgo. En Desorden de Keane y de Schelenger padecen este trastorno psiquiátrico. En Alineación al yo reflejan baja autoestima, poca confianza, autocrítica a sí mismos, cuestionamientos del juicio propio y sentimientos de incapacidad.

Los fumadores que iniciaron su consumo por seguridad muestran baja Fortaleza del Yo, en la escala Mac- Andrew, Represión, Desorden de Keane y de Schelenger y Evitación social. En la escala Mac- Andrew las puntuaciones denotan introversión, timidez y poca confianza. En Represión son convencionales y sumisos. En Desorden de Keane y de Schelenger describen características de padecer este trastorno psiquiátrico. En Evitación social tienen repudio a las actividades en grupo y a las multitudes. Es importante mencionar que estas características de falta de poca confianza y timidez. Esto conlleva a que los fumadores se sientan más seguros cuando fuman ya que les brinda sentirse sofisticados, los adolescentes se sienten más grandes (OPS, 2003).

Por cantidad de consumo

Por cantidad de consumo **los fumadores leves** presentan Represión, Timidez y Alineación del yo. En Represión describen características de ser desinhibidos y enérgicos. En la escala de Timidez las puntuaciones se interpretan como características de poca confianza y falta de seguridad. En Alineación del yo reflejan baja autoestima.

Los fumadores moderados manifiestan poca Dominancia, falta de responsabilidad social y Evitación social. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En falta de Responsabilidad social manifiestan poca confianza y falta de integridad. En Evitación social describen características de repudio a las actividades en grupo y a las multitudes.

Los fumadores severos reflejan baja Fortaleza del Yo, Dominancia y Evitación social. En Dominancia y Evitación social describen las mismas características que los fumadores moderados.

Es importante mencionar que la cantidad de consumo no determina características significativas de rasgos de personalidad, lo cual significa que los fumadores son personas que tienen baja autoestima y falta de confianza.

Los alcohólicos frecuentes muestran baja Fortaleza del yo y Desorden de Keane y de Schelenger. **Los alcohólicos consitudinarios** presentan los mismos rasgos que los fumadores severos.

Por años de consumo

Los fumadores de 1 a 10 años de adicción tienen poca Timidez y Evitación social. **Los alcohólicos de 1 a 10 años de adicción** presentan rasgos de baja Fortaleza del yo, Dominancia, Hostilidad Reprimida y Responsabilidad social. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: características de sumisión, falta de energía y sugestión e incapacidad para resolver los problemas. En Hostilidad reprimida reflejan agresividad. **Los fumadores de 10 a 20 años con su adicción** presentan rasgos de Falta de responsabilidad social siendo dignos de poca confianza, falta de integridad y responsabilidad con los demás. **Los alcohólicos de 10 a 20 años con su adicción** presentan los mismos rasgos que los alcohólicos de 1 a 10 años en la baja Fuerza del yo, falta de Responsabilidad social, también en Represión y en Desadaptación profesional. En Represión manifiestan características como: ser convencionales y sumisos. En Desadaptación profesional manifiestan características de falta de adaptación, ineficiencia, pesimismo y con problemas emocionales.

Los fumadores de 20 a 30 años de adicción presentan los mismos rasgos de los fumadores de 10 a 20 años en la Falta de responsabilidad social.

Los alcohólicos de 20 a 30 años de adicción muestran los mismos rasgos que los alcohólicos de 10 a 20 años.

Los fumadores de 30 a 40 años de adicción presentan rasgos de baja Fortaleza del yo y Dominancia. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. **Los alcohólicos de 30 a 40 años de adicción** reflejan los mismos rasgos que los fumadores de esta categoría en baja Fortaleza del yo y Dominancia, también en Alineación del yo y en esta presentan características como: nerviosismo, temores e indecisión.

Los fumadores y los alcohólicos de 40 años tienen los mismos rasgos de la baja Fortaleza del yo.

Por etapa de inicio

Los fumadores que iniciaron su consumo en la adolescencia temprana presentan baja Fortaleza del yo. **Los alcohólicos que iniciaron su consumo en la adolescencia temprana** también bajos en la Fortaleza del yo, en Dominancia y una puntuación elevada en la escala Mac-Andrew. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. En la escala Mac-Andrew manifiestan características de abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y preferencia por las situaciones de riesgo. Lo anterior se sustenta con un estudio donde se determinó que la edad también desempeña un papel muy importante a la hora de establecer el inicio de los trastornos; así, en jóvenes y adolescentes, los trastornos afectivos y de ansiedad aparecen como previos al abuso de sustancias, situación que no ocurre en las muestras de adultos (Conyer, 2001.)

Los fumadores que iniciaron su consumo en la adolescencia media muestran poca Dominancia y baja Fortaleza del Yo. Las puntuaciones en la escala de Dominancia se interpretan como: características de sumisión, falta de energía, sugestión, falta de confianza e incapacidad para resolver los problemas. **Los alcohólicos que iniciaron su consumo en la adolescencia media, tardía y adultez temprana** presentan rasgos de Represión y baja Fortaleza del yo. En represión describen características de ser desinhibidos, enérgicos, astutos, agresivos y dominantes en sus relaciones con los otros.

Los fumadores que iniciaron su consumo en la adolescencia tardía presentan rasgos de falta de responsabilidad social.

Escalas de Contenido

Es importante mencionar que en estas escalas solo se realizó la interpretación en las escalas de puntuación elevada ya que las puntuaciones bajas no reflejan ningún rasgo específico de personalidad.

Interpretación por sexo

Los hombres alcohólicos manifiestan rasgos de Pensamiento delirante como: pensamiento psicótico, alucinaciones auditivas, visuales y olfatorias e ideaciones paranoides. Esto se sustenta con los artículos publicados por Kinight donde menciona que los alcohólicos tienen tendencias psicóticas.

Por etapa de desarrollo

Los abstemios de edad adulta intermedia reflejan Preocupación por la salud y Enojo. En Preocupación por la salud manifiestan malestares físicos y una gran preocupación por su estado de salud. En Enojo muestran problemas para controlarlo, irritabilidad, impaciencia y obstinación. Por lo anterior estas características reflejan que los sujetos abstemios tienen mayor preocupación por su salud, lo que les ayudo a que no recurrieran a ninguna adicción y el enojo se manifiesta más porque no lo disfrazan como los alcohólicos y los fumadores.

Por escolaridad

Los fumadores con secundaria reflejan Preocupación por su salud lo cual indica que padecen de malestares físicos. **Los alcohólicos con secundaria** describen Depresión, Pensamiento delirante, Baja autoestima, Problemas familiares y Rechazo al tratamiento . Las características de Depresión son: pensamientos depresivos significativos, tristeza, incertidumbre, pesimismo, intranquilidad, infelicidad, sin esperanza, intentos e ideas suicidas. Esto se sustenta con la publicación en 1996, de la revista *Psychology of addictive behaviors* la cual menciona que el consumo de alcohol contribuye a un amplio rango de problemas psiquiátricos en particular a trastornos como la depresión. En Baja autoestima describen características como: una pobre opinión de sí mismos, no se sienten importantes, ni que simpatizan ante los demás, actitudes negativas hacia si mismos, se siente torpes e inútiles. En Problemas familiares reflejan discordias familiares considerables, carentes de amor, peleonas y desagradables, pueden aborrecer algún miembro de la familia e indica también que sufrimiento y maltrato en la infancia. Un estudio revelo que el factor primordial de esta predisposición es que estos sujetos tienden a presentar una mayor cantidad de problemas relacionados con el alcohol existe una mayor cantidad de problemas durante la infancia y una edad de menor de inicio de beber que los alcohólicos sin antecedentes familiares (Goodwin D. W. 1985). En Rechazo al tratamiento manifiestan actitudes negativas hacia los profesionales de la salud mental, muestran incredulidad de ser ayudados, no les gusta discutir sus problemas ante los demás.

Por estado civil

Los fumadores solteros describen Ansiedad, Miedos, Depresión, Obsesividad y Personalidad tipo A. Las características de Ansiedad son: tensión, problemas somáticos, insomnio, preocupación, falta de concentración, miedo a perder la razón e indecisión. Lo anterior se sustenta con un estudio publicado en 1993, por la revista científica de *Am J Psychiatry* publico un estudio donde se descubrió que tanto en hombres como en mujeres existe una relación entre el desorden de la ansiedad generalizada y el tabaquismo. En Miedo manifiestan muchos temores específicos y pueden desencadenarse fobias. Las características de Depresión son: pensamientos depresivos significativos, tristeza, incertidumbre, pesimismo, intranquilidad, infelicidad, sin esperanza, intentos e ideas suicidas. Cabe mencionar que en ese mismo año dicha revista público que los individuos que padecen de depresión mayor tienen una tendencia significativa a convertirse en fumadores en comparación a la población general. Cabe mencionar que los fumadores tienen mayor probabilidad de tener una historia de depresión que los no fumadores y que la nicotina actúa como un antidepresivo en algunos fumadores. En Personalidad Tipo A se caracterizan por ser personas difíciles de sobrellevar, son obsesivos con el tiempo, irritables, fastidiosos, se muestran apresurados y orientados al trabajo. En Obsesividad tienen características de dificultad para tomar indecisión, meditación excesiva, impaciencia, angustia y compulsiones.

Los fumadores en Unión Libre presentan los mismos rasgos de Depresión, Miedos y Preocupación por la salud.

Los alcohólicos divorciados manifiestan Ansiedad, Obsesividad, Preocupación por la salud, Enojo, Baja autoestima, Dificultad en el trabajo y Rechazo al tratamiento. Las características de Ansiedad y Obsesividad son las mismas que los fumadores solteros. En Preocupación por la salud manifiestan malestares físicos y una gran preocupación por su estado de salud. En Enojo presentan características de problemas para controlar los enojos, irritabilidad, impaciencia y obstinación. En Baja autoestima describen características como: una pobre opinión de sí mismos, no se sienten importantes, ni que simpatizan ante los demás, actitudes negativas hacia sí mismos, se siente torpes e inútiles. En Dificultad en el trabajo manifiestan poca confianza en sí mismos, dificultad para concentrarse, obsesividad, tensión, presión, indecisión y actitudes negativas hacia su profesión o sus compañeros de trabajo. En Rechazo al tratamiento manifiestan actitudes negativas hacia los profesionales de la salud mental, muestran incredulidad de ser ayudados, no les gusta discutir sus problemas ante los demás.

Por motivo de inicio

Los alcohólicos por soledad describen Depresión, Preocupación por la salud, Pensamiento delirante, Baja autoestima, Dificultad en el trabajo y Rechazo al tratamiento, estas son las mismas características de los alcohólicos divorciados.

Los fumadores por seguridad muestran Depresión, Preocupación por la salud, Incomodidad social y Problemas familiares. En Incomodidad social

presentan inquietud con otras personas, prefieren estar solos, son tímidos y no les gustan los eventos sociales. Es por esto que la falta de seguridad no les permite interactuar con los demás y el fumar les permite sentirse más seguros.

Por años de consumo

Los alcohólicos de 10 a 20 años de consumo tienen Incomodidad social por lo cual prefieren estar solos, son tímidos y no les gustan los eventos sociales.

Los alcohólicos de 20 a 30 años de consumo manifiestan rasgos de Depresión, Obsesividad, Pensamiento delirante, Personalidad Tipo A, Baja Autoestima y Rechazo al tratamiento. Las características de Depresión son: pensamientos depresivos significativos, tristeza, incertidumbre, pesimismo, intranquilidad, infelicidad, sin esperanza, intentos e ideas suicidas. En Obsesividad tienen características de dificultad para tomar indecisión, meditación excesiva, impaciencia, angustia y compulsiones. En Personalidad Tipo A se caracterizan por ser personas difíciles de sobrellevar, son obsesivos con el tiempo, irritables, fastidiosos, se muestran apresurados y orientados al trabajo. En pensamiento delirante tienen características como: pensamiento psicótico, alucinaciones auditivas, visuales y olfatorias e ideaciones paranoides. En Baja autoestima describen características como: una pobre opinión de sí mismos, no se sienten importantes, ni que simpatizan ante los demás, actitudes negativas hacia sí mismos, se siente torpes e inútiles. En Rechazo al tratamiento manifiestan actitudes negativas hacia los profesionales de la salud mental, muestran incredulidad de ser ayudados, no les gusta discutir sus problemas ante los demás.

Los alcohólicos de 30 a 40 años muestran baja autoestima y las características son: una pobre opinión de sí mismos, no se sienten importantes, ni que simpatizan ante los demás, actitudes negativas hacia sí mismos, se siente torpes e inútiles.

Los fumadores de 40 en adelante manifiestan Depresión, Preocupación por la salud y Baja autoestima. Las características de Depresión son: pensamientos depresivos significativos, tristeza, incertidumbre, pesimismo, intranquilidad, infelicidad, sin esperanza, intentos e ideas suicidas. En Preocupación por la salud manifiestan malestares físicos y una gran preocupación por su estado de salud. En Baja autoestima describen características como: una pobre opinión de sí mismos, no se sienten importantes, ni que simpatizan ante los demás, actitudes negativas hacia sí mismos, se siente torpes e inútiles. **Los alcohólicos de 40 años en adelante** reflejan rasgos de Miedo lo cuales son muchos temores específicos o el sujeto puede tener fobias.

Por etapa de inicio

Los alcohólicos que iniciaron su consumo en la adultez temprana muestran rasgos de Preocupación por la salud y Rechazo al tratamiento. En Preocupación por la salud manifiestan malestares físicos y una gran preocupación por su estado de salud. En Rechazo al tratamiento manifiestan actitudes negativas hacia los profesionales de la salud mental, muestran incredulidad de ser ayudados, no les gusta discutir sus problemas ante los demás.

CUADRO DE PERFILES POR GRUPO

VARIABLES	PERFIL DE LOS SUJETOS ABSTEMIOS	PERFIL DE LOS SUJETOS FUMADORES	PERFIL DE LOS SUJETOS ALCOHÓLICOS
MUJERES	Son personas aisladas, muestran poco interés en los demás, son convencionales, conservadoras, sumisas, autocontroladoras, apáticas, pesimistas, tímidas, inestables, inmaduras, carecen de falta de percepción para afrontar las consecuencias de sus actos, dignas de poca confianza y no saben interactuar en grupo.	Son extravagantes, comunicativas, irritables, hiperactivas, dispersas, se confunde fácilmente, son impulsivas, no tienen control en sus emociones, reprimen sus enojos y su frustración. Tienden a ser sociables, cálidas, dóciles, exhibicionistas, les gusta manipular a la gente, presentan malestares físicos, son incapaces de manejar situaciones de presión, tienen un pobre concepto de sí mismas, muestran dificultad para adaptarse ante las situaciones problemáticas, son enérgicas, expresivas, poco formales, inquietas, agresivas, sumisas, muestran falta de energía e incapacidad para resolver problemas, son irresponsables, dignas de poca confianza, muestran falta de integridad, no tienen tolerancia a la frustración, son dependientes afectivamente y carecen de control Interno.	Son apáticas, pesimistas, tímidas, dependientes, muestran falta de energía y motivación para realizar cualquier actividad, tienen poca autoconfianza, tendencias depresivas, fatiga, poca capacidad de juicio, son inestables, irresponsables, inmaduras, manifiestan conductas antisociales, son explotadoras, agresivas, reflejan abuso de sustancias adictivas, son extrovertidas, exhibicionistas y muestran preferencia por las situaciones de riesgo.
HOMBRES	Son seguros, relajados, tranquilos, tenaces, eficientes, conservadores, convencionales, tienen una gran fortaleza del yo, son enérgicos, competitivos, extrovertidos, tienen poca tolerancia ante la frustración, prefieren la acción ante la reflexión.	Son inhibidos, muestran malestares físicos, muestran incapacidad para manejar presiones, tienen un pobre concepto de sí mismos, carecen de responsabilidad social, son enérgicos, expresivos, poco formales, inquietos, agresivos, son sumisos, muestran falta de energía e incapacidad para resolver problemas, son irresponsables, dignos de poca confianza, muestran falta de integridad, no tienen tolerancia a la frustración, son dependientes afectivamente y carecen de control Interno.	Son personas dignas de poca confianza, tienen falta de integridad, son extrovertidos, exhibicionistas, muestran abuso de sustancias adictivas, baja fortaleza del yo, manifiestan rasgos de pensamiento delirante como pensamiento psicótico, alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias e ideaciones paranoides.
ADULTEZ TEMPRANA	Tienen buen manejo de su agresividad, son introvertidos y tímidos.	Son desinhibidos, enérgicos, expresivos, poco formales, inquietos, astutos, agresivos y dominantes.	Tienen poca fortaleza del yo, son irresponsables, dignos de poca confianza, muestran falta de integridad, abuso de sustancias adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y muestran preferencia a las situaciones de riesgo.
ADULTEZ INTERMEDIA	Manifiestan reacciones conductas histriónicas como conductas exageradas de los problemas, son egocentristas, egoístas, cínicos, pesimistas, demandantes, muestran una excesiva preocupación por su salud, manifiestan malestares físicos, tienen problemas para controlar sus enojos, son irritables, impacientes, obstinados, convencionales, sumisos, evitan las situaciones de disgusto y las situaciones desagradables.	Manifiestan las mismas características de los fumadores de adultez temprana.	Manifiestan las mismas características de los alcohólicos de adultez temprana.
	Muestran seguridad, son relajados tranquilos, tenaces, eficientes, tienen dificultad para	Son amigables y confiables, aunque presentan características histriónicas como conductas de	Manifiestan rasgos de esquizofrenia como alteraciones en el pensamiento, conductas

SECUNDARIA	manejar las situaciones problemáticas, son introvertidos y tímidos.	reacciones exageradas ante los problemas, centrándose siempre en sí mismos, son egoístas, demandantes, cínicos, pesimistas, se derrotan fácilmente, manifiestan síntomas y malestares físicos, tienen rasgos depresivos como falta de energía y concentración, poca autoconfianza, con sentimientos de inadecuación, se autoreporchan, se angustian y se sienten miserables y desdichados. Son irresponsables, dignos de poca confianza y tienen falta de integridad.	excéntricas, tendencias delirantes, tienen poca confianza, baja autoestima, se cuestionan su juicio propio, manifiestan sentimientos de incapacidad, nerviosismo, temores, indecisión y tienen poca autoconfianza en los demás. Tienen rasgos depresivos significativos, como incertidumbre, pesimismo, intranquilidad, infelicidad, intentos o ideas suicidas y tienen problemas familiares.
PREPARATORIA	Muestran seguridad, son relajados tranquilos, tenaces, eficientes, convencionales, conservadores, sociables, responsables, realistas y equilibrados. Tienen buena autoestima e interactúan bien con los demás.	Manifiestan sumisión, falta de energía, de confianza, se sugestionan fácilmente y manifiestan incapacidad para resolver sus problemas.	Carecen de responsabilidad social, son dignos de poca confianza y falta de integridad.
LICENCIATURA	Manifiestan las mismas características de los abstemios con preparatoria	Manifiestan las mismas características de los fumadores con preparatoria	Manifiestan las mismas características de los alcohólicos con preparatoria
ESTADO CIVIL	Los abstemios en todas las variables de estado civil manifiestan ser sujetos adaptables, confiables, responsables, amigables, realistas, entusiastas, puntuales. Aunque los abstemios casados tienen características de buena alineación a sí mismos y a los demás.	Los fumadores en todas las variables de su estado civil manifiestan características similares como inseguridad, preocupación, ansiedad, depresión, histeria, miedo, indecisión e inestabilidad.	Los alcohólicos en todas las variables de su estado civil manifiestan características similares como baja fortaleza de yo, alta puntuación en la escala Mac-Andrew, Timidez. Aunque los alcohólicos divorciados manifiestan rasgos obsesivos, ansiosos, baja autoestima, dificultad en el trabajo y rechazo al tratamiento.
MOTIVO DE INICIO	❖	<p><u>CURIOSIDAD</u> Son sumisos, muestran falta de energía y confianza e incapacidad para resolver sus problemas</p> <p><u>REBELDÍA</u> Los fumadores que iniciaron su consumo por rebeldía manifiestan aparentemente ser amigables, sociables, entusiastas, realistas y equilibrados. Pero reflejan rasgos de timidez, poca autoconfianza, baja autoestima, nerviosismo, temores e indecisión.</p> <p><u>SOLEDAZ</u> Son pesimistas, tímidos, apáticos, dependientes, con poca energía, tienen poca autoconfianza, con tendencias depresivas y reacciones de agresividad sin provocación aparente.</p> <p><u>POR INFLUENCIA DE LOS AMIGOS</u> Aparentemente son confiables, entusiastas y equilibrados sin embargo manifiestan apatía, falta de energía, timidez y dependencia. Tienen tendencias depresivas.</p>	<p><u>CURIOSIDAD</u> Reportan abuso de sustancia adictivas, son extrovertidos, exhibicionistas y tienen preferencia de situaciones de riesgo.</p> <p><u>REBELDIA</u> Los alcohólicos que iniciaron su consumo por rebeldía son confiables, adaptables y organizados.</p> <p><u>SOLEDAZ</u> Manifiestan rasgos de paranoia como alteraciones en el pensamiento, creencias equivocadas, ideas de referencia, son vengativos, preocupados y tienen fantasías y delirios. También manifiestan rasgos esquizofrenicos como conductas excéntricas, aislamiento, poco contacto con la realidad.</p> <p><u>POR INFLUENCIA DE LOS AMIGOS</u> Aparentemente son amigables, sociables, responsables sin embargo, carecen de responsabilidad social, son dignos de poca confianza, reflejan baja autoestima.</p>

		SEGURIDAD Son inseguros, ansiosos, se preocupan fácilmente, son aprensivos, meticulosos, indecisos, tímidos, tienen baja autoestima, reportan miedo al fracaso, son tensos e infelices, les desagradan las actividades en grupo. Manifiestan rasgos depresivos, incomodidad social y problemas familiares.	
CANTIDAD DE CONSUMO	❖	La cantidad de consumo no determina características significativas de los rasgos de personalidad de los fumadores.	La cantidad de consumo no determina características significativas de los rasgos de personalidad de los alcohólicos.
AÑOS DE ADICCIÓN	❖	Los años de adicción no determinan características significativas de los rasgos de personalidad de los fumadores.	Los años de adicción no determina características significativas de los rasgos de personalidad de los fumadores.
EDAD DE INICIO	❖	La edad de inicio no determinan características significativas de los rasgos de personalidad de los fumadores.	La edad de inicio no determinan características significativas de los rasgos de personalidad de los alcohólicos.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se cumplieron los objetivos de investigación, así mismo se comprobaron las hipótesis planteadas:

1. La muestra utilizada en el presente estudio es representativa, en cuanto a: sexo, edad, escolaridad, estado civil; así como para el Cuestionario de patrón de consumo: motivo de inicio, cantidad de consumo, años de adicción y edad de inicio son uniformes. Estas variables son significativas a la población mexicana.
2. El objetivo general se cumplió al determinar a través del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 el perfil de personalidad de adultos de ambos sexos adictos al alcohol, adictos al tabaco y como dicho perfil es influido por el patrón de consumo, en contraste con los adultos de ambos sexos abstemios.
3. En relación a los objetivos específicos se desprende que:
 - A) El Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2, es preciso para determinar diferencias de los rasgos de personalidad entre hombres y mujeres con adicción al tabaco, al alcohol y a los sujetos no adictos (abstemios y no fumadores). Así como también diferencias entre grupos de los sujetos adictos contra los abstemios.
 - B) El Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2, es preciso para determinar diferencias de los rasgos en la edad, la escolaridad y el estado civil en sujetos abstemios, fumadores y alcohólicos.
 - C) También para encontrar rasgos en cuanto a las variables del Cuestionario del patrón de consumo como: motivo de inicio, cantidad de consumo, años de adicción y edad de inicio entre alcohólicos y fumadores.
 - D) En cuanto a la diferencias entre grupos:

En las escalas básicas, suplementarias y de contenido

1. Por sexo

- a) Diferencias en las mujeres abstemias son menos sociables, más inseguras que los hombres abstemios pero con las mismas características de ser convencionales y conservadores.
- b) En las mujeres alcohólicas en los rasgos de Manía y Desviaciones Psicopáticas mostrando conductas antisociales,

inseguridad, depresión, inmadurez y agresividad en comparación de los hombres alcohólicos.

- c) En las mujeres fumadoras en los rasgos de Manía y Extroversión siendo más extravagantes, comunicativas, irritables, hiperactivas, impulsivas y tienen poco control de sus emociones en comparación a las mujeres abstemias y las alcohólicas.
- d) Las mujeres abstemias carecen de responsabilidad social y evitan todo contacto social contrario al sexo masculino.
- e) Los hombres abstemios en comparación a las mujeres abstemias, los fumadores y los alcohólicos en la fortaleza del yo.
- f) Los alcohólicos obtuvieron puntuaciones altas en comparación a los abstemios y los fumadores en la escala de Mac-Andrew.
- g) Tanto los hombres y las mujeres fumadores y alcohólicos presentaron los mismos rasgos de personalidad, solo que los alcohólicos son más extrovertidos y exhibicionistas.
- h) Los hombres alcohólicos mostraron rasgos psicóticos en las escalas de contenido en comparación a las mujeres alcohólicas.
- i) No hay diferencias por sexo en las escalas de contenido entre los hombres y las mujeres abstemias y fumadoras.

2. Por edad

- a) En cuanto a la edad se encontraron diferencias en los abstemios de edad adulta intermedia en Histeria siendo más egocentristas, egoístas, demandantes en comparación de los alcohólicos y los fumadores ya que su adicción les permite inhibir estas características.
- b) La edad no es un factor determinante para los rasgos patológicos de la personalidad en las escalas suplementarias en los sujetos abstemios, fumadores y los alcohólicos sino es la misma adicción la que los determina.
- c) Los abstemios de edad adulta intermedia mostraron características preocupación por su salud lo que se determino que no recurrieran a ninguna adicción y el enojo se manifiesta más porque no lo disfrazan como los alcohólicos y los fumadores.

3. Por escolaridad

- a) En cuanto a la escolaridad en las escalas básicas se encontró que no es un factor determinante en los rasgos de personalidad en la adicción al tabaco, al alcohol y en los sujetos abstemios. Se determinó que es la misma adicción la que los determina. Aunque los alcohólicos con secundaria mostraron rasgos depresivos.
- b) Los abstemios con secundaria en las escalas suplementarias si muestran diferencias en comparación a los abstemios con preparatoria y licenciatura ya que estos, tienen baja autoestima y un pobre autoconcepto en cambio los otros son más seguros, confiables, responsables por lo que el grado de escolaridad permite que presenten mejores características.
- c) Diferencias en los alcohólicos con secundaria en las escalas de contenido los cuales muestran rasgos depresivos, baja autoestima, problemas familiares y rechazó al tratamiento.

4. Por estado civil

- a) El estado civil no es un factor determinante en las escalas básicas y suplementarias en los rasgos de la personalidad de los sujetos abstemios, fumadores y alcohólicos sino es la adicción la que determina los rasgos psicopatológicos.
- b) En las escalas de contenido los fumadores solteros, los fumadores casados y divorciados ya que presentan rasgos de Ansiedad, Miedos, Depresión, Obsesividad y Personalidad tipo A.
- c) Los alcohólicos divorciados mostraron Ansiedad, Obsesividad, Preocupación por la salud, Enojo, Baja autoestima, Dificultad en el trabajo y Rechazo al tratamiento en comparación a los alcohólicos solteros, casados y en unión libre.

5. Por motivo de inicio

- a) Rasgos en los fumadores que iniciaron su consumo por rebeldía por lo que son amigables, sociables, responsables, entusiastas, realistas; los alcohólicos en que son puntuales, confiables y organizados por lo que se determino que estos permiten disfrazar rasgos psicopatológicos.
- b) Los fumadores que iniciaron su consumo por soledad presentan características de ser personas organizadas, amigables pero también manifiestan pesimismo y depresión por lo que se determino que su sentimiento de soledad los

lleva a fumar y les permite sociabilizar. En comparación a los fumadores los alcohólicos que iniciaron su consumo por rebeldía manifiestan conductas excéntricas, poco contacto con la realidad, ansiedad, indecisión. A medida que avanza la enfermedad se muestran rasgos esquizoides y la soledad es un factor determinante que conlleva a esta adicción.

- c) Los fumadores que iniciaron su consumo por influencia de los amigos mostraron características de timidez, poca seguridad y dependencia, estas conllevan a que sean más vulnerables a las influencias negativas. En comparación a los alcohólicos que iniciaron su consumo por influencia de los amigos con los fumadores se encontraron diferencias en las tendencias depresivas de los fumadores ya que los alcohólicos son más sociables y la influencia de los amigos se da por rasgos de personalidad diferentes.
- d) Los fumadores que iniciaron su consumo por seguridad mostraron que son inseguros, ansiosos, preocupados, aislados, retraídos, por lo que se determinó que el fumar los hace sentirse más seguros y tranquilos.
- e) Diferencias en los alcohólicos por soledad en las escalas suplementarias mostrando rasgos de Depresión, Preocupación por la salud, Pensamiento delirante, Baja autoestima, Dificultad en el trabajo y Rechazo al tratamiento, y se determinó que son características similares de los alcohólicos divorciados por lo que la soledad influye en estos rasgos patológicos.
- f) Diferencias en los fumadores por seguridad en las escalas suplementarias mostrando Depresión, Preocupación por la salud, Incomodidad social y Problemas familiares y se determinó que por su preferencia a la soledad, y su timidez lleva a que la falta de seguridad no les permite interactuar con los demás y el fumar les permite sentirse más seguros. Es importante mencionar que estos rasgos son iguales en las tres escalas.
- g) No se encontraron diferencias entre los fumadores y los alcohólicos que iniciaron su consumo por curiosidad e imitación ya que estos mostraron características similares.
- h) Los fumadores que iniciaron su consumo por influencia de los amigos son diferentes en comparación a los fumadores por curiosidad, imitación, rebeldía y soledad ya que muestra un pobre autoconcepto de sí mismos y los predispone a ser más influenciados. Cabe mencionar que este rasgo de inseguridad es igual al resultado de las escalas básicas en esta variable. Los alcohólicos que iniciaron su consumo por influencia de los

amigos presentan las mismas características de inseguridad de los fumadores.

- i) Los fumadores que iniciaron su consumo por seguridad presentan las mismas características de las escalas básicas como la timidez y la falta de confianza y esto conlleva a que el fumar los ayuda a sentirse más seguros.

6. Por cantidad de consumo

- a) La cantidad de consumo no es un factor determinante en las escalas básicas y de contenido de los rasgos en las adicciones ya que no se encontraron diferencias significativas. Solo se determinó que los fumadores leves son cálidos, dóciles, confiables por lo que el tener un consumo leve de adicción refleja que no hay rasgos patológicos de personalidad.
- b) La cantidad de consumo en las escalas suplementarias no es un factor que determine características significativas en los rasgos de personalidad de los fumadores y los alcohólicos por lo que estos muestran rasgos similares como la baja autoestima, la falta de confianza, la falta de responsabilidad social.

7. Por años de adicción

- a) Los fumadores y los alcohólicos de 20 a 30 años y los de 30 a 40 años con su adicción mostraron ser iguales en cuanto a sus características de apatía, pesimismo y tendencias depresivas, pero se determinó que los alcohólicos van desde la euforia hasta la depresión es decir que presentan rasgos maniaco-depresivos.
- b) Los fumadores de 40 años en adelante con su adicción mostraron rasgos psiquiátricos en comparación con alcohólicos de 40 años en adelante.
- c) Los años de consumo no son un factor determinante en los rasgos de personalidad en las escalas suplementarias y de contenido en los fumadores y de los alcohólicos ya que muestran características similares.

8. Por edad de inicio

- a) Tanto los fumadores que empezaron su consumo en la adolescencia tardía y los alcohólicos que iniciaron su consumo

en la adolescencia temprana presentan rasgos de histeria lo que conlleva a que empiecen su adicción a más temprana edad, exagerando los problemas que tienen y por ser demandantes en sus relaciones interpersonales.

- b)** Los fumadores que iniciaron su consumo en la adultez temprana son apáticos, pesimistas, tímidos determinando que en esta etapa se manifiestan los estilos y rasgos de personalidad.
- c)** No existen diferencias significativas en la etapa de inicio en las escalas suplementarias y de contenido en los fumadores y de los alcohólicos.

9. Por años de adicción

- a)** Diferencias en los alcohólicos de 20 a 30 años de adicción mostrando rasgos patológicos en comparación a los demás grupos.
- b)** Diferencia de los fumadores de 40 años en adelante mostrando mayor tendencias depresivas en comparación a los demás grupos.
- c)** La etapa de inicio no es un factor determinante en las escalas suplementarias y de contenido.

SUGERENCIAS

Las sugerencias que se dan en base a los resultados del estudio son:

1. Se propone hacer para posteriores investigaciones con el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2 para con adicción al tabaco, al alcohol y los sujetos no adictos (abstemios y no fumadores) utilizar una muestra de mayor tamaño y comparar resultados con los datos obtenidos.
2. Considerar más rangos de edad como los adolescentes o los adultos de edad tardía.
3. Aplicar el Inventario a personas con otras adicciones como la adicción a la marihuana, cocaína y comparar los resultados.
4. Considerar rangos de estatus socioeconómico para evaluar la existencia de diferencias ya que en la presente investigación no se tomo en cuenta esta variable.
5. Considerar más rangos del estado civil como sujetos viudos.
6. Aplicar el Inventario a sujetos con adicción al alcohol, al fumar y los no adictos en el interior de la Republica Mexicana ya que, solo se aplico en el Distrito Federal.

LIMITACIONES

A continuación se presentan las limitaciones para la realización del estudio.

- Dificultad para obtener una muestra de mayor tamaño por la falta de disposición por parte de algunas Instituciones al efectuar este tipo de investigación.
- Escasa información en las escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad, ya que se encuentran en proceso de investigación MMPI-2 como la escala de timidez, evitación y responsabilidad social, las cuales se encuentran en proceso de investigación.
- La falta de difusión en México con respecto al estudios, artículos y publicaciones de personalidad en sujetos adictos al alcohol y al cigarro.
- La aplicación del Inventario tomó más de 90 minutos, mientras que el cuestionario de patrón de consumo llevó de 5 minutos en administrarlo, en este sentido la técnica además de su calificación e interpretación, requiere el doble de tiempo, lo cual la convierte sumamente costosa en tiempo para un estudio experimental.
- Existió cierta gente con resistencia al proceso o con actitud negativa al proceso, haciendo de la aplicación de los instrumentos, algo tedioso.

APORTACIONES

- Lograr una descripción y comprensión de los rasgos de personalidad de abstemios, fumadores y alcohólicos de ambos sexos entre 18 a 65 años de edad a través del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota MMPI-2, logrando un panorama preciso y completo.
- Integración de datos relevantes en los rasgos de personalidad en las variables de edad, escolaridad, estado civil.
- Se realizó por primera vez la comparación de las variables del cuestionario de patrón de consumo con el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2, aportando rasgos específicos en la adicción al tabaco y al alcohol.
- Esta investigación aportó datos relevantes en los rasgos de personalidad en sujetos con adicción al alcohol y al tabaco en comparación a los sujetos abstemios ya que en México existen pocas investigaciones respecto al tema.

ANEXOS
**CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO DE TABACO,
ALCOHOL**

Instrucciones: A continuación se le presentan las siguientes preguntas por favor conteste con sinceridad, la información de este cuestionario es confidencial.

I. Características Sociodemográficas

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

II. Antecedentes del Consumo.

1. ¿ A qué edad comenzó su adicción?

1.1 Tabaco _____

1.2 Alcohol _____

1.3 Alcohol y Tabaco _____

2. ¿ Qué lo motivo a iniciar a consumir esa sustancia?

2.1 Curiosidad ①

2.5 Por influencia de los amigos ⑤

2.2 Imitación ②

2.6 Para sentirse más seguro ⑥

2.3 Rebeldía ③

2.7 Para sentirse más seguro ⑦

2.4 Soledad ④

3. ¿Qué tan fácil le era conseguir la sustancia que consume?

Explique _____

4. ¿Cantidad de consumo de su adicción por día _____

5. ¿Años con su adicción _____

R E F E R E N C I A S

- Acker C. J. (1993). A Historical examination of the social potentials of addiction disease models. Journal of Psychactive Drugs. 25(3). 193-205.
- Allport, G. W., (1974). Psicología de la personalidad. Argentina: Paídos
- Arnold M. W., (1989), Las adicciones a la cocaína. México: Paídos
- Adalbjarnardottir S y Rafnsson F. (2002). Adolescent antisocial behavior and substance use longitudinal analyses. Addictive Behaviors. Número 28. pp. 227-240.
- Asociación Psiquiátrica Americana APA. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona :Madson
- Baer L., Jenike M. (1998). Personality disorders in obsessive-compulsive. Practical management. pp. 65-83.
- Belfer M. L., Shader RI, Carol M. Harmatz J. S. (1971). Alcoholics in women. Archives of Psychiatri. Vol. 25 pp. 540-544.
- Black D, Zimmerman M y Coryell W. (1999). Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. Ann Clin Psychiatry. Número 11. pp. 129-136.
- Bishof; L.S., (1975). Interpretación de las teorías de la personalidad. México: Trillas.
- Boletín Práctica Médica Efectivo. (2001). Consejo médico del problema de tabaquismo en México, 12 ,(3) pp. 1-4.
- Bolinches, F. De Vicente, P. Castellano, M. Pérez-Galvez, B. Haro, G. Martinez Raga, J. Cervera, G. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias. Algo más que un diagnóstico dual. Trastornos Adictivos, 2002, 4(4): 216-222.
- Caballero R., Madrigal de León E., Hidalgo A. y Villaseñor A.. (1999), El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en adolescentes de diferentes estados socioeconómicos en Guadalajara. Salud Mental, 22, (4), pp. 1-9
- Caballo E. V., Buela Casal G. y Carrobles J. (1996). Manual de psicología y trastornos psiquiátricos. España: Siglo XXI.
- Carosella A., Ossip-klein D. y Owens C., (1999). Smoking attitudes beliefs and readiness to change among acute and long term care

inpatients with psychiatric diagnoses. Addictive Behaviors. Número 24 (3).pp. 331-344.

- Carpenter K.M., Miele G.M. y Hasin D.S. (2002). Does motivation to change mediate the effect of DSM-IV substance disorders on treatment utilization and substance use. Addictive Behaviors. Número 27 ,pp. 207-225.
- Clark M., Niura R., King T. y Pera V. (1996). Depresión smoking activity level, and health status: pretreatment predictors of attrition in obesity treatment. Addictive Behaviors. Número 21(4). pp.509-513.
- Castro M. E.(1990). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en el plantel primaria en el plantel. Salud Pública de México. Vol. 32 No. 3. pp. 298-306.
- Cattell. Análisis científico de la personalidad. Baltimore: Peguin Book.
- Chen Ping-Hsin, Raskin White H. Y Pandina R. (2001). Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. Addictive Behaviors. Número 26. pp. 517-529.
- Cervantes L. Y. (2002). Personalidad del alcohólico. CONADIC. Edición 17.
- Cervera, G. Bolinches, F. Valderrama, J. (1999). Trastornos de personalidad y drogodependencias. Trastornos Adictivos. Número1(2). pp. 91-92.
- Conklin Bs. Et al. (2002). Nicotine and cotinine up-regulate vascular endothelial growth factor expression in endothelial cells. Am J Pathol. Número 160, pp. 413-418.
- CONADIC/ SALUD. (2002). Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México.
- Cooper M. L., Frone M. R., Russell M. y Mudar P. (1995). Dinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. Journal of Personality and Social Psychology. Vol (69) pp. 990-1005.
- Cotton N, et al. (1979). The familial Incidence of alcoholism. A review. J Studies Alcohol, núm 40, pp.89-166.
- Covey L. S., Hughes D. C. Glassman A. H., Blazer D.G. y George L. K. (1994). Ever-smoking quitting and psychiatric disorders: Evidence from the Durham , North Carolina, epidemiologic catchment area. Tobacco Control. Número 3. pp. 222-227.

- Cuelí J. y cols. (2001). Teorías de la personalidad. México: Trillas.
- Dicarpio. (1985). Teorías de la personalidad. México: Interamericana.
- Echeburua Ordiza E. (1998). Adicciones psicológicas más allá de la metáfora. Clínica y Salud. Vol. 5 No. 3. pp. 251-258
- Elkin I., Mac Gue M., Malone S y Iacono W.(2004). El efecto de los trastornos paternos motivados por el alcohol y drogas en la personalidad del adolescente. American Journal of Psychiatry. 161 (4) pp. 670-676.
- Ellickson PL. y Jinnett K. (2001). The temporal relationship between emotional distress and cigarette smoking during adolescence and young adulthood. J. Consult Clinic Psychologic. Número 69. pp. 959-970.
- Encuesta Nacional Contra las Adicciones (ENA). (1998). México: Secretaria de Salud, Dirección General de Epidemiología.
- Estadísticas Vitales. (1997). Mortalidad Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI, SSA/DGEI.
- Eysenck, H.S. y Eysenck S.B. (1945-1961). A Factorial Study of Psychoticism as Dimension of Personality. Behavior Res. Clinical Psychology.
- Fletcher. (1991). Problems Drink and Family History. British J Adiccition. Número 86, pp. 1335-1341.
- Fouquerau E., Fernández A., Mullet E., Sorum PC. (2003). Stress and urge to drink. Addictive Behaviors. Número 28. pp.669-685.
- Glassman A. H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. American Journal of Psychiatry. Número 150 pp. 546-553.
- Goff D.C., Henderson D., Amico E. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. Am J. Psychiatry. Número 149 (9) pp. 1189-1194.
- Goodwin, D.W. (1985). Alcoholism and Genetics. Arch Gen Psychiatric Annals, número 42, pp. 171-174.
- Goossop M., West R. (1994). Comparing drugs of dependence. Addiction. Número 89 (11) pp. 1355-56.
- Guilford, J.P.y Zimmerman, W.S. (1959), Fouten Dimension of Temperament. Psychol Monogr.

- Hayashi Villagran M., (1998), Ansiedad y Tabaquismo. Tesis. México: UNAM.
- Heath A. C., Martin. N. G., (1993); Genetic models for the natural history of smoking: evidence for a genetic influence on smoking persistence. Addictive Behaviors. Número 18, pp. 19-34.
- Henderson M., Galen L., (2003); A classification of substance-dependence men o temperamrnt and severity variables. Addictive Behaviors. número 28, pp. 741-760.
- Horn K, Fernandes A., Dino G., Massey C. y Kalsekar I. (2003). Adolescent nicotine dependence and smoking cessation outcomes. Addictive Behaviors. Número 28. pp. 769-776.
- Hugues JR, Hatsukami DK, Mitchell JE y Dahlgren LA. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. Am J. Psychiatry. Número 143. pp. 993-997.
- Kagan D. (2001). Addictive Personality Factors. The Journal of Psychology. Número 121 (6). pp. 533- 538.
- Kaplan HI. Y Sadock BJ. (1996). Trastornos de la personalidad. Barcelona: Psicología clínica.
- Kawakami N, Takai A., Takatzuka N. y Shimizu H. (2000). Eysenck's personality and tobacco/nicotine dependence male ever-smokers in Japan. Addictive Behaviors. Número 25 (4). pp. 581-591.
- Kerlinger, F. N., (2001)
- Kury Morales P. (2002). Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. Revista de Salud Pública de México, 44 (1), pp. S29- S33.
- Koval J. Y Pederson L.(1999). Strees-coping and other psychosocial risk factors: a model for smoking in grade 6 students. Addictive Behaviors. Número 2. pp. 207-218.
- Lawrence A. P. (1998). La ciencia de la personalidad. México: Mc. Graw Hill.
- Ledford S. B. (1975). Interpretación de las teorías de la personalidad. México: Trillas.
- León I., Lucio, E. (1999), Consistencia y estructura interna de las escalas del abuso de sustancias del Inventario Multifásético de la Personalidad MMPI-2. Salud Mental, 22, (3), pp. 14-19.

- Light J., Grube J., Madden P., Gover J. (2003). Adolescent alcohol use and suicidal ideation A nonrecursive model. Addictive Behaviors. número 28, pp. 705-724.
- López E. R., (1991), Adictos y adicciones una visión psicoanalítica. México: Monteavila.
- Lorenzo González J. (1987). Psicología de la Personalidad. México: Biblioteca Nueva.
- Lorenzo L., Leza L., (1998), Drogodependencias, farmacología, patología, psicología y legislación. España: Panamericana.
- Lucio E. y Ampudia A. (1996). Introducción al uso de la nueva versión del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) en la evaluación psicológica. México: UNAM.
- Lucio, E. y Reyes. (1995). Manual para la administración y calificación del MMPI-2. México: Manual Moderno.
- Lucio, E. y Reyes. (1992). Estandarización y normalización del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 en español en un grupo de estudiantes universitarios. México: UNAM.
- Mc Gue. M., et al.(1992).Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study. J abnorm psychol. Num. 101. pp. 3-17.
- Mansvelder HD. (2002). Synaptic mechanisms underlie nicotine induced excitability of brain reward areas. Neuron. Número 33.pp. 905-919.
- Matarazzo J.D. y Saslow G. (1960). Psychological and related characteristics of smokers and no smokers. Psychol Bull. Número 57 (6), pp. 493-513.
- Medina- Mora, (1991). El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal, Salud Pública, número 3, pp. 281-288.
- Miller, N ; Fine, J. (2003).Current epidemiology of comorbidity of psychiatric and addictive disorders . Psychiatric Clinics of North America, . Vol 16 (1) pp. 1-10.
- Millon, T. Everly, G.(1994). La personalidad y sus trastornos. México: Trillas
- Morey, L.C., Sinker. H. A y Blashfield. (1984). Atypology of alcohol abusers: correlates and implications. Número 93 (4), pp. 408-417.

- Niura R., Shadel W., Britt D. Y Abrams D. (2002). Response to social stress, urge smoke, and smoking cessation. Addictive Behaviors. Número 27. pp. 241-250.
- Connor y Kieron, (1985). A model of situational preference amongst smokers. Personality & Individual Differences. Addictive Behaviors. Número 6 (2). pp. 150-160.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1993). Décima clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Barcelona: Meditor
- Organización Panamericana de Salud. (1999). La Epidemia de Tabaquismo. Ginebra: OMS, Publicación Científica.
- Oughorlian J. M., (1995). La Persona del toxiomaniaco. España: Herder.
- Patten C., Vickers K., Martin J. y Williams C. (2003). Exercise interventions for smokers with a history of alcoholism: exercise adherence rates and depression on adherence. Addictive Behaviors. Número 28. pp. 657-667.
- Pelechano V. (1998). Psicología de la personalidad. España: Ariel.
- Pelechano, V. De Miguel, A. Hernandez, M. (1995). Trastornos de personalidad. En: Manual de psicopatología volumen II. México: MacGraw Hill.
- Pomereleau C. S., Pomerlau O.F., Mc Phee K y Morrell E. M. (1990). Discordance of psysiological and biochemical response to smoking and to psychological stress. British Journal of Addiction. Número 85 1309-1316.
- Roggla H. Y Uhl A., (1995). Depresión and relapses in treated chronic alcoholics. The International Journal of the Addictions. Número 30(3). pp. 337-349.
- Rohde P., Lewinsonhn P.M., Brown R. A., Gau J.M.y Kahler C. W. (2003). Psychiatric disorders familial factors and cigarette smoking: I associations with smoking initiation. Nicotine & Tobacco Research. Número 5. pp. 85-98.
- Rohracher, H. (1968). Caracterología. España: Científico- médica.
- Szerman, N. (2003). Impulsividad y trastorno de la personalidad. Barcelona: Ars Médica.
- Slotkin TA et al. (2002). Perinatal exposure to environmental tobacco smoke upregulates nicotinic cholinergic receptors in monkey brain. Brain Res Dev Brain Res. Número 28 (133), pp. 175-179.

- Tapia Conyer R. (2001). Las adicciones dimensión y perspectivas. México: Manual Moderno 2ª. Ed.
- Verheul R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. Eur Psichiatry Número 16, pp.274-282.
- Verheul R, Hartgers C, Van den Brink W, Koeter MWJ.(1998). The effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedures on the observed prevalence of personality disorders in alcoholics. J Stud Alcohol. Número 59, pp. 227-36.
- Webster R., Hunter M. y Keats J. (2002). Evaluating the effects of a peer support programme on adolescents knowledge, attitudes and use of alcohol and tobacco. Drug and Alcohol Review. Número 21. pp. 7-16.
- Winokur, G. y W. Coryell. (1991). Familial Alcoholism in Primary Unipolar Major Depressive Disorder 2. Am J Psichiatry. Número 148, pp. 184-188.